

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



Volume 13, Número 40, Jan-Dez 2018

ISSN 2179-7994



www.rbmf.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 contínua da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que 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 à APS.

A RBMFC está aberta para **Submissões online** de artigos originais e inéditos, sujeitos ao **Processo de avaliação por pares**. Por favor, antes de submeter seu artigo verifique as **Diretrizes para Autores** que se encontram no item **Sobre** da revista.

EQUIPE EDITORIAL

EDITORES

Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES
Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP
Leonardo Ferreira Fontenelle, Universidade Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Marli Machado de Souza, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil
Aldaisa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP
Airton Tetelbom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Porto Alegre, RS
Alberto Novaes Ramos Jr., Departamento de Saúde Comunitária Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará
Bruno José Barcellos Fontanella, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil
Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS
Cesar Augusto Orazem Favoreto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Charles Dalcanale Tesser, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC e Universidade de Coimbra
Danielle Fernandes Godoi, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). Florianópolis, SC
Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS
João Mazzoncini de Azevedo Marques, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-USP). Ribeirão Preto, SP
João Werner Falk, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS
Juan Gérvas, Equipo CESCA, Madrid, Espanha
Lourdes Luzón Oliver, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)
Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP
Luís Pisco, Instituto de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP)
Marcelo Marcos Piva Demarzo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP
Marcelo Rodrigues Gonçalves, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil
Mário Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE). São Paulo, SP
Maria Inez Padula Anderson, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ
Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil
Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB
Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil
Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil
Rodrigo Caprio Leite de Castro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil
Prof. Dr. Rodrigo Díaz 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
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
Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES
Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil



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

Diretoria da SBMFC (2018 - 2020)

Daniel Knupp
Presidente

Samantha Pereira França
Vice-Presidente

Patrícia Chueiri
Secretária Geral

Nulvio Lermen Junior
Diretor Administrativo e Financeiro

Denize Ornelas
Diretora de Comunicação

Jardel Corrêa de Oliveira
Diretor de Titulação e Certificação

Rodrigo Bandeira De Lima
Diretor de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho

Magda Moura de Almeida
Diretora de Medicina Rural

André Ferreira Lopes
Diretor de Graduação e Pós-Graduação Stricto Sensu

André Luiz da Silva
- Departamento de Graduação
Leandro David Wenceslau
- Departamento de Pós-Graduação Stricto

Giuliano Dimarzio
Diretor Científico e de Desenvolvimento Profissional Contínuo

Marcelo Dala Bernardina Dalla
- Departamento de Educação Permanente
Gustavo Gusso
- Departamento de Publicação
Daniel Ricardo Soranz Pinto
- Departamento de Pesquisa

Isabel Brandão Correia
Diretora de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu

Bárbara Cristina Barreiros
- Departamento de Residência
Flávio Dias Silva
- Departamento de Especialização

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

EDITORIAL

It is time for rural training in family medicine in Brazil!

Es hora de la capacitación rural en medicina familiar en Brasil!

Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de família no Brasil!

Magda Moura Almeida, Mayara Floss, Leonardo Vieira Targa, John Wynn-Jones, Alan Bruce Chater

Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação

Expansion of the Family and Community Medicine Residency programs in Brazil: challenges for its consolidation

Panorama de la ampliación de los programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad en Brasil: desafíos para su consolidación

Thiago Dias Sarti, Leonardo Ferreira Fontenelle, Gustavo Diniz Ferreira Gusso

ESPECIAL RESIDÊNCIA MÉDICA

Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências

Preceptorship in the Family Medicine Residence of Universidade de São Paulo: policies and experiences

Preceptoría en la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidade de São Paulo: políticas y experiencias

Ana Paiva Garcia, Luiza Magalhães Cadioli, Ademir Lopes Júnior, Gustavo Gusso, José Benedito Ramos Valladão Júnior

Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade

Competencies and Entrustable Professional Activities: new models for elaboration of a Curriculum Framework for Family and Community Medicine Residency

Competencias y Actividades Profesionales Confiables: nuevos paradigmas en la elaboración de una Matriz Curricular para Residencia en Medicina de Familia y Comunidad

Lourrany Borges Costa, Frederico Fernando Esteche, Rômulo Fernandes Augusto Filho, André Luís Benevides Bomfim, Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade

The challenge of change: the curricular transformation of Family and Community Medicine Residency Program

El desafío del cambio: la transformación curricular de un Programa de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad

Natalia Madureira Ferreira, Gustavo Tenorio Cunha, Nicole Geovana Dias

O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

The Competency-based Curriculum of the Residency Program in Family Medicine at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

El Currículo de Competencias del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de la Facultad de Medicina da Universidade de São Paulo

Lucas Bastos Marcondes Machado, Carla Cristina Marques, Livia Rodrigues, Stephan Sperling, Nathalia Cardoso Machado, Gustavo Diniz Ferreira Gusso, José Benedito Ramos Valladão Júnior

Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Experiences with external clerkships at the Family and Community Medicine Residency of the Medical School of the University of São Paulo

Experiencias con prácticas externas en la residencia de Medicina de Familia y Comunidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo

Gustavo Kang Hong Liu, Marcus Vinícius Camargo Garcia de Pontes, Kamila Vieira Silva, Tatiana Milla Mandia, Bianca Luiza de Sá e Silva, José Benedito Ramos Valladão Júnior

O uso do Miniex como ferramenta de *feedback* continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde

The use of Miniex as a continuous feedback tool for a family and community medicine resident in internship at primary health care

El uso de Miniex como herramienta de feedback continuado para residente de medicina de familia y comunidad en práctica en la atención primaria a la salud

Artur Oliveira Mendes, Luara Brandão Viveiros

Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS

Residence in family and community medicine: building networks of learning in the SUS
Residencia de medicina de familia y comunidad: construyendo redes de aprendizajes en el SUS

Ricardo de Sousa Soares, Felipe Proenço de Oliveira, Alexandre José de Melo Neto, Danyella da Silva Barreto, André Luís Bonifácio de Carvalho, Juliana Sampaio, Alexandre Medeiros de Figueiredo

A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência

The implementation of Medical Residency Programs in Family and Community Medicine in a capital of the Southeast Region, Brazil: experience report

La implementación de Programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad en una capital de la Región Sudeste, Brasil: relato de experiencia

Thiago Dias Sarti, Marcello Dala Bernardina Dalla, Tânia Mara Machado, Mary Cristina França de Oliveira Fonseca, Sandra Mara Soeiro Bof, José de Almeida Castro Filho, Mônica Cola Carriello Correa, Sérgio Renato Miranda Torres, Sheila Cristina de Souza Cruz

Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação

Proposal of Home Care Residency as actuation field

Propuesta de residencia en Atención Domiciliar como área de actuación

Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Cibele Gomes Lima Melo, Daniel Almeida Gonçalves, Denize Ornelas Pereira Salvador Oliveira, Heitor Rossi Lopes, Renata Luciana Hasegawa Fregonezi, Sara Turcotte

ARTIGOS DE REVISÃO

Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014

Quaternary Prevention and Medical Education: an Integrative Review after National Curricular Guidelines of the Medicine Course of 2014

Prevención cuaternaria y educación médica: una Revisión Integrativa después de las Directrices Curriculares Nacionales del Curso Medicina de 2014

Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Amanda Steil, Clara Garcia Miranda

ARTIGOS DE PESQUISA

Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders

A compilação de triagem de transtornos mentais específicos pode detectar transtornos mentais gerais

La compilación de la selección de trastornos mentales específicos puede detectar los trastornos mentales generales

Lívia Maria Bolsoni, Leonardo Moscovici, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Antonio Waldo Zuardi

Reliability and validity of ICPC-2-R encoding by medical students

Confiabilidade e validade da codificação CIAP-2 por estudantes de medicina

Confiabilidad y validez de la codificación CIAP-2 por estudiantes de medicina

Leonardo Ferreira Fontenelle, Álvaro Damiani Zamprogno, André Filipe Lucchi Rodrigues, Lorena Camillato Sirtoli, Natália Josiele Cerqueira Checon, Marcelo Santana Vetis, Diego José Brandão

Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade

Health of the Black Population: perception of residents and preceptors of Family Health and Family and Community Medicine

Salud de la Población Negra: percepción de residentes y preceptores de Salud de la Familia y Medicina de Familia y Comunidad

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, Francis Solange Vieira Tourinho

Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno

Factors related to early weaning of breastfeeding

Factores relacionados al destete precoz de la lactancia materna

Heuler Souza Andrade, Raquel Aparecida Pessoa, Lívia Cristina Vasconcelos Donizete

Mortalidade infantil e serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre (RS), Brasil

Infant mortality and Primary Health Care Services in Porto Alegre (RS), Brazil

Mortalidad infantil y servicios de Atención Primaria a la Salud en Porto Alegre (RS), Brasil

Janini Cristina Paiz, Marcio Bigolin, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin

A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil

The cervix cancer tracking organization by a Family Health team in Rio de Janeiro, Brazil

La organización del rastreo del cáncer de cuello uterino por un equipo de Salud de la Familia en Rio de Janeiro, Brasil

Melanie Noël Maia, Rhayane Peres de Oliveira da Silva, Laís Pimenta Ribeiro dos Santos

Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC

Depression in physicians of the Family Health Strategy in the municipality of Itajaí/SC

Depresión en médicos de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Itajaí/SC

Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Jair Abdon Ferracioli, Amanda Elisa Zajankauskas, Natasha Camilo Dias

Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC)

Black Population Health: how black and brown people born, live and die in Florianópolis (SC)

Salud de la Población Negra: cómo nacen, viven y mueren los individuos negros y pardos en Florianópolis (SC)

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, Francis Solange Vieira Tourinho

Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil

Report about implementation issues of rapid test for the detection of syphilis in pregnant women in the SUS Primary Care in a city of Southern Brazil

Relato de la dificultad en la implementación de prueba rápida para detección de sífilis en gestantes en la Atención Básica del SUS en un municipio do Sur do Brasil

Deisy da Silva Fernandes Nascimento, Rubiany Caroline da Silva, Débora de Oliveira Tártari, Érika Koch Cardoso

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados

Burnout Syndrome in Family Health Strategy Physicians in Montes Claros, MG, and Associated Factors

Síndrome de Burnout en Médicos de la Estrategia Salud de la Familia de Montes Claros, MG, y Factores Asociados

Ariadna Janice Drumond Morais, Cristiane Borborema Teles, Laryssa Ferreira Rocha, Marise Fagundes Silveira, Lucinéia de Pinho

Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida

Low back pain and common mental disorders in Family Health Strategy: an association little recognized

Dolor lumbar y trastornos mentales comunes en la Estrategia Salud de la Familia: una asociación poco reconocida

Janete Alves Araujo, Mônica Rodrigues Campos, Marcos Vinícius Ferreira dos Santos, Daniel Almeida Gonçalves, Jair de Jesus Mari, Luis Fernando Tófoli, Dinarte Ballester, Sandra Fortes

Uma proposta metodológica para a elaboração de revisões clínicas

A methodological proposal for the preparation of clinical reviews

Una propuesta metodológica para la elaboración de revisiones clínicas

Leonardo Ferreira Fontenelle, Diego José Brandão

Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil

Prevalence of absenteeism in medical appointments in a basic health unit in the south of Brazil

Prevalencia de absentismo en consultas médicas en una unidad básica de salud en el sur de Brasil

Gabriela Silva da Silveira, Pedro Rotta de Ferreira, Denise Silva da Silveira, Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Self-perception and popular practices of oral health among black slave descendants elderly women in Brazil

Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil
Autopercepción y prácticas de salud bucal entre las ancianas negras descendientes de esclavos en Brasil

Maria Fernanda Neves Silveira de Souza, Luiza Fernandes Fonseca Sandes, Amanda Miranda Brito Araújo, Daniel Antunes Freitas

ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA

Desativação de Pontos-Gatilho no Tratamento da Dor Miofascial

Trigger Points Deactivation in the Treatment of Myofascial Pain

Desactivación de Puntos-Gatillo en el Tratamiento del Dolor Miofascial

Milena Culpí, Ananda Beatriz Munhoz Cretella Martinelli

Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde

Gender Dysphoria in children: integrative literature review and management recommendations in Primary Health Care

Disforia de Género en niños: revisión integrativa de la literatura y recomendaciones para el manejo en la Atención Primaria a la Salud

Tatiana da Silva Oliveira Mariano, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

CASOS CLÍNICOS

Quando a HbA1c não é suficiente: um caso de Hemoglobina de Baltimore

When HbA1c is not enough: a case of Baltimore Hemoglobin

Cuando la HbA1c no es suficiente: un caso de Hemoglobina de Baltimore

André Silva Costa, Andreia Ramalho, Marina Lima, Anabela Bitoque

Cuidado resolutivo de paracoccidiodomicose em uma Unidade Básica de Saúde.

Relato de caso

Resolutive care of paracoccidiodomycosis in a Basic Health Unit. Case report

Resolución de paracoccidiodomycosis en una Unidad Básica de Salud. Relato de caso

Maria Cristina Almeida de Souza, Edsneider Rocha Pires de Souza, Paula Pitta de Resende Côrtes, João Carlos de Souza Côrtes Júnior, Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra, Elisa Maria Amorim da Costa

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas:

Um relato de experiência

The training of health care professionals in the care of the quilombolas communities:

A report of experience

La formación de profesionales de salud en el cuidado con las comunidades quilombolas:

Un relato de experiencia

Eliane Patricia Lino Pereira Franchi, Maria Fernanda Terra, Josefa Moreira do Nascimento-Rocha, Rogério Ferreira Marquezan, Valdir Francisco Odorizzi

ENSAIO/ESPAÇO ABERTO

A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico

Family and Community Medicine residency in Brazil: Brief history

La residencia de Medicina de la Familia y Comunidad en Brasil: Un breve histórico

Keith Bullia da Fonseca Simas, Andréia Patrícia Gomes, Patrícia Passos Simões, Daniel Knupp Augusto, Rodrigo Siqueira-Batista

HISTÓRIAS DA LINHA DE FRENTE

Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN

Harvest Time: experience inside the Mais Médicos program in the Lagoa de Pedras' rural zone

Tiempo de Cosecha: experiencia en el programa Mais Médicos en la zona rural de Lagoa de Pedras/RN

José Medeiros do Nascimento Filho, Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

ARTIGOS TRADUZIDOS

Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention

Marc Jamouille, Michel Roland, Jong-Myon Bae, Bruno Heleno, Giorgio Visentin, Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Maciek Godycki-Ćwirko, Miguel Pizzanell, Patrick Ouvrard, Ricardo La Valle, Luis Filipe Gomes, Daniel Widmer, Jorge Bernstein, Mariana Mariño, Hamilton Lima Wagner, Ilario Rossi

Documentos da SBMFC

Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?

How many family and community doctors do we have in Brazil?

¿Cuántos médicos de familia y comunidad tenemos en Brasil?

Daniel Knupp Augusto, Leandro David, Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira, Thiago Gomes da Trindade, Nulvio Lermen Junior, Paulo Poli Neto

AGRADECIMENTOS

Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) que avaliaram manuscritos em 2018

Thiago Dias Sarti, Leonardo Ferreira Fontenelle

ERRATA

Errata

It is time for rural training in family medicine in Brazil!

Es hora de la capacitación rural en medicina familiar en Brasil!

Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de família no Brasil!

Abstract

The gap between health needs and the training of human resources for health is much more evident in rural areas. In Brazil, a country of continental dimensions, these differences become more challenging. The diversity of geographical and administrative barriers to access makes the health indicators of rural and remote populations worse than those of the urban population. Family Medicine could address the social determinants of health through the provision of human services and play an important role in low-income rural residents' health status. This essay is an urgent call for the debate on models for projecting health workforce supply and requirements for rural areas in Brazil.

Keywords: Rural Health; Education, Medical; Family Practice.

Resumo

A discrepância entre as necessidades de saúde e o treinamento de recursos humanos para a saúde é muito mais evidente nas áreas rurais. No Brasil, um país de dimensões continentais, essas diferenças se tornam mais desafiadoras. A diversidade das barreiras geográficas e administrativas de acesso torna os indicadores de saúde das populações rurais e remotas piores que os da população urbana. A medicina de família e comunidade pode abordar os determinantes sociais da saúde por meio da prestação de serviços humanos e desempenhar um papel importante no estado de saúde dos residentes rurais de baixa renda. Este ensaio é um apelo urgente para o debate sobre as necessidades das áreas rurais no Brasil e os modelos de projeção para o provimento de força de trabalho de saúde nesses cenários.

Palavras-chave: Saúde da População Rural; Educação Médica; Medicina de Família e Comunidade.

Resumen

La brecha entre las necesidades de salud y la capacitación de los recursos humanos para la salud es mucho más evidente en las zonas rurales. En Brasil, un país de dimensiones continentales, estas diferencias se vuelven más desafiantes. La diversidad de las barreras geográficas y administrativas de acceso hace que los indicadores de salud de las poblaciones rurales y remotas sean peores que los de la población urbana. La Medicina Familiar podría abordar los determinantes sociales de la salud a través de la provisión de servicios humanos y desempeñar un papel importante en el estado de salud de los residentes rurales de bajos ingresos. Este ensayo es un llamado urgente para el debate sobre los modelos para proyectar el suministro de mano de obra de salud y los requisitos para las áreas rurales en Brasil.

Palabras clave: Salud Rural; Educación Médica; Medicina Familiar y Comunitaria.

Cite as: Almeida MM, Floss M, Targa LV, Wynn-Jones J, Chater AB. It is time for rural training in family medicine in Brazil! Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696)

Magda Moura Almeida^a

Mayara Floss^b

Leonardo Vieira Targa^c

John Wynn-Jones^d

Alan Bruce Chater^e

^a Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brazil. magda.almeida@ufc.br (Corresponding author)

^b Wonca Working Party on Rural Practice. mayarafloss@hotmail.com

^c Universidade de Caxias do Sul (UCS). targalv@gmail.com

^d Wonca Working Party on Rural Practice; European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA). john@johnwj.com

^e Rural and Remote Medicine, University of Queensland, Australia. bruce.chater@theodoremedical.com.au

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not necessary.

Conflict of interest

none declared.

Provenance and peer review:

peer reviewed.

Received: 02/22/2018.

Accepted: 02/23/2018.

The United Nations Sustainable Development Goals aim precisely at removing inequalities and working towards universal health coverage. This implies that everyone should have a right to health and well-being, regardless of where they live. Almost half the world's population lives in rural areas. Besides that, only 23% of health workers are working in rural areas.¹ Rural people deserve more equitable health services than this and while it is everyone's problem governments and higher education institutions can work with these communities to become part of the solution.

"Rural" or "remote" does not have a universal accepted definition and should be broadly understood to include communities not commonly idealized as rural and not typically agricultural, such as migratory populations, island habitants, forest dwellers, fishing communities, African continental ancestry group, etc.²

In general, the perspective of those who live in big cities is that everywhere else is rural; however, those living in rural regional centers do not see their own community as rural. Strasser³ argues that concept of rural and remote is a matter of perception. However, we must recognize that the use of the "rural" term (as well as remote) could contribute to the insertion in projects at international level and stimulate the debate with other realities, since this is the international term adopted. Rural often means a different service need based on broadly skills of family doctors.

The Brazilian Institute of Geography and Statistics⁴ uses the binary classification to define the location of the domicile, categorized in urban or rural situation. In this context, just 16% of Brazilian population live in rural areas. However, 15% of the national population do not clearly fit into any of these categories alone.²

A large part of the Brazilian municipalities outside the large centers cannot offer their inhabitants a typically urban experience in terms of supply and access to services and products, whether public or private. This reinforces the hypothesis that the set of economic disadvantages, with numerous socio-environmental conflicts frequently occurring in areas of dispute between agribusiness and traditional rural communities, as well as tributary reasons, may explain partially interest in presenting a smaller proportion of the national territory as rural.

The prevalence of diseases and health conditions in Brazilian rural settings is more common. Accordingly to the National Health Survey,⁴ indicators of rural settings are always worse: more women have their first pregnancy under 20 years of age; many people who never attended dental care; women at the age of 50-69 without mammography; inadequate home sanitation and access to safe water, prevalence of people with visual impairment or some other disability, prevalence of current tobacco users. And since we cannot expect otherwise, a greater number of rural residents report, with self-assessment, their health as regular, poor and very poor. Thus, Brazilian rural population suffers from the inverse care law in which access to health care is lower for the population that needs it the most.⁵

A recent report by the International Labor Organization (ILO) has stated that the rural-urban divide is ubiquitous from the richest countries to the poorest countries, with 56% of those living in rural areas around the world not being covered by services of primary health care, which is the service model that they desperately need.⁶ In Brazil, only 6.2% of rural population has health insurance, therefore, mostly depending on public health services.⁴ Adequate access to quality health in rural settings is a form of social justice.

The family physician should be able to resolutely handle and coordinate the care of most frequent health problems of the general population. In Brazil's rural areas, we deal with a huge territorial extension, difficult transportation and lack of trained human resources. The average number of 3,500 people by health staff is maintained regardless of the extension or geographical barriers.

Most of the physicians are trained in urban areas of big cities and require adaptation to the peculiarities of rural health services. This direction influences the future choice of workplace and work setting.⁷ According to an extensive international literature,⁸ several factors contribute to increasing recruitment and retention of health professionals in rural areas. Three interventions at different times of medical training seem to be important. The first is the location of the school. The second deals with the exposure to rural health settings in undergraduate through clinical rotations with rural preceptorship and the third is fellowship in rural and family physician training programs.

The rural health professional must have a greater scope of competences to manage the wider range of health issues that will confront them as part of the daily work. The isolation and smaller numbers will result in smaller teams and restricted resources, making a broader scope of practice and generalist teamwork and interdisciplinary care even more important.²

A recent study with physicians linked to the "More Doctors Program" showed that physicians who worked in smaller cities (up to 10,000 inhabitants) or who were in primary care services distant more than 120 minutes from the headquarters of the health region performed a larger number of procedures and activities than the physicians who were in larger cities or closer to headquarters.⁹

The rights of people living in rural areas or belonging to ethnic-racial minorities have been constantly attacked, decreasing the power of claiming of these people. In order to close inequities between urban and rural settings, we need a rural workforce that is fit for the purpose. Medical students and young doctors in training can only understand the rural perspective and advocacy for its patients if significant rural placements are part of the standard undergraduate and graduate curricula. The increasingly specialized urban workforce is not a suitable model in rural areas where health professionals with a wider range of skills are needed.

It is time to work for rural family medicine to become a respected and recognized career. Rural inhabitants deserve the same access to and quality of health care and this involves ensuring that rural family physicians are well-educated, well-trained, and have had experiences that expose them to and prepare for work in rural practice. It is time to plan for rural health training in Brazil!

References

1. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention [Internet]. Vol. 23. Sciences, New York; 2010. Available from: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf
2. Targa L, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson M, Lopes J, Lermen-Junior N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2014 Jul 30 [cited 2018 Feb 22];9(32):292-94. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(32)982)
3. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions [Internet]. *Fam Pract*. 2003 Aug 1;20(4):457-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cm9422>
4. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014; p. 181. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

5. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *Lancet* [Internet]. 2018 Feb 24;297(7696):405-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
6. Reid S, Worley P, Strasser R, Couper I, Rourke, J. 'What brings us together': The values and principles of rural medical education. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, Strasser RP, Reid S (eds.). *WONCA Rural Medical Education Guidebook*. World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014 [accessed 2017 Jun 04]. Available from: www.globalfamilydoctor.com
7. Howe A, Ives G. Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. *Med Educ* [Internet]. 2001 Apr 22 [cited 2018 Feb 25];35(4):391-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00866.x>
8. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009;9(2):1060.
9. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa J de O, Stralen AC de S van, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016;21(9):2739-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>

Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação

Thiago Dias Sarti^a
Leonardo Ferreira Fontenelle^b
Gustavo Diniz Ferreira Gusso^c

Expansion of the Family and Community Medicine Residency programs in Brazil: challenges for its consolidation

Panorama de la ampliación de los programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad en Brasil: desafíos para su consolidación

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

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

^c Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.
gusso.gustavo@gmail.com

Resumo

Este editorial tem como objetivo apresentar as principais conclusões dos artigos publicados no Especial Residência Médica pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2018. Tais artigos assinalam a importância da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) na consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, trazendo significativas discussões sobre currículos baseados nas competências esperadas para o MFC, ferramentas de ensino-aprendizagem, política de preceptoria, desafios da política municipal e da organização das redes de atenção locais para o funcionamento do programa, sustentabilidade financeira da implementação da RMMFC, e propostas de novas áreas de atuação para a MFC. No geral, observa-se uma significativa expansão da RMMFC no país, sendo fundamental garantir maiores investimentos no fortalecimento da APS e da preceptoria com vistas a uma maior atratividade da área para os recém-formados. Sugere-se também uma contínua atualização das matrizes de competências esperadas para a MFC.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência; Sistemas de Saúde

Como citar: Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/04/2018.
Aprovado em: 30/04/2018.

Abstract

This editorial aims to present the main conclusions of the articles published in the Medical Residency Special Edition of the Brazilian Journal of Family and Community Medicine in 2018. These articles point to the importance of the Family and Community Medicine Residency (RMMFC) in the consolidation of Primary Health Care in Brazil, bringing significant discussions on competency-based curricula, teaching-learning tools, preceptorship policy, municipal policy challenges, organization of local health care networks, financial sustainability of the implementation of the RMMFC and proposals for new areas of actuation for the family physician. In the last years, there was a significant expansion of RMMFC in Brazil, being necessary greater investments in strengthening PHC, preceptorship and continuous update of the competency matrices expected for the Family and Community Medicine.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Internship and Residency; Health Systems

Resumen

Este editorial tiene como objetivo presentar las principales conclusiones de los artículos publicados en el Especial Residencia Médica por la Revista Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad en 2018. Tales artículos señalan la importancia de la Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad (RMMFC) en la consolidación de la Atención Primaria a la salud en Brasil, trayendo significativas discusiones sobre currículos basados en las competencias, herramientas de enseñanza-aprendizaje, política de preceptoría, desafíos de la política municipal y de la organización de las redes de atención locales para el funcionamiento del programa, sostenibilidad financiera de la implementación de la RMMFC, y propuestas de nuevas áreas de actuación para la MFC. En general, se observa una significativa expansión de la RMMFC en el país, siendo fundamental mayores inversiones en el fortalecimiento de la APS y de la preceptoría con vistas a una mayor atracción del área para los recién formados. Se sugiere también una continua actualización de las matrices de competencias esperadas para la MFC.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Internado y Residencia; Sistemas de Salud

São fartas as evidências de que sistemas de saúde são mais efetivos, eficientes e equânimes quanto mais potente é sua Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁻³ Também há evidências de que a APS é mais efetiva na presença do médico especializado em APS, ou seja, do Médico de Família e Comunidade (MFC).^{4,5} Torna-se, portanto, fundamental garantir investimentos sólidos e permanentes na expansão e qualificação da APS, no desenvolvimento da força de trabalho voltada para este nível de atenção, e na provisão e fixação de MFC em todo o Sistema Único de Saúde (SUS).⁶⁻¹⁰ Em um sistema de saúde fragmentado e com sérios problemas de efetividade e eficiência, como é o caso brasileiro, a APS qualificada e com forte presença da MFC se impõe como eixo estruturante para a qualificação das políticas públicas em saúde.^{8,11}

Historicamente, foram inúmeros movimentos, estatais ou não, voltados para o fortalecimento da APS no país.¹² Dentre estes, a criação da Saúde da Família foi o maior impulsionador da expansão de cobertura de APS no país, sendo ainda hoje o principal mercado de trabalho para médicos e outros profissionais neste nível de atenção.⁷ Contudo, as políticas voltadas ao fortalecimento da MFC sempre foram escassas, sendo este espaço parcialmente preenchido recentemente pelo Programa Mais Médicos.^{13,14}

Para além da faceta mais visível e polêmica deste programa, relacionada à provisão emergencial de médicos para populações com graves dificuldades de acesso à atenção à saúde, o programa visou também mudanças na formação médica para o SUS, incluindo: a reordenação da formação médica para bases mais generalistas e orientação para as necessidades do sistema de saúde brasileiro; a criação de novos cursos e ampliação da oferta de vagas de graduação em medicina; e a expansão de vagas de residência médica, especialmente em MFC (RMMFC).¹⁵

O resultado foi uma significativa expansão das vagas de RMMFC e do número de especialistas em MFC nos últimos anos. Segundo os dados dos dois estudos “Demografia Médica no Brasil” feitos em 2014¹⁶

e 2017,⁶ o número de médicos especialistas em MFC no Brasil aumentou de 4.022 (1,2% do total) em 2014 para 5.486 (ou 1,4% do total) em 2017, embora sua distribuição no território nacional seja desigual ao ponto de o Amapá contar com apenas dois MFC titulados.

Tal panorama deve ser profundamente alterado nos próximos anos, tendo em vista que a MFC possui dentre as especialidades a maior proporção de médicos residentes em relação ao número de especialistas hoje existentes. Em 2017, havia 1.554 médicos inscritos em algum RMMFC (4,4% do total), sendo 1.043 R1, 508 R2 e 3 R3. Também destaca-se o fato de a MFC ter sido a segunda especialidade médica com maior número de vagas de R1 autorizadas em 2017 (5.943 vagas, sendo 2.969 para R1, 2.969 para R2 e 5 para R3, correspondendo a 10,2% do total de vagas de RM no país), atrás apenas da Clínica Médica. Estes dados são animadores, embora persista o histórico problema da não ocupação das vagas autorizadas, hoje correspondendo a algo em torno de 70%.⁸

É neste momento de expansão e desenvolvimento das RMMFC no Brasil que a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) publica um conjunto de artigos que buscam refletir sobre os avanços e desafios da implementação e do fortalecimento da política de residência médica em MFC. São trabalhos que abordaram, dentre outros assuntos: a estruturação dos currículos baseados nas competências esperadas para o MFC, incluindo a organização de estágios externos; a inovação pedagógica com a inclusão de ferramentas de ensino-aprendizagem no cotidiano de atividades do médico residente, como o Miniex; a política de preceptoría na RMMFC; os desafios da política municipal e da organização das redes de atenção locais para o funcionamento do programa; o desenvolvimento de estratégias pedagógicas e organizacionais para a integração da residência médica e da graduação em medicina em cenários docente-assistenciais complexos e frequentemente precários; a sustentabilidade financeira da implementação do programa, abarcando a complementação da bolsa do médico residente e a maior atratividade da RMMFC; e propostas de novas áreas de atuação para a MFC, como a Atenção Domiciliar.

Interessante destacar as várias experiências de currículos baseados em competências orientando a organização de diversos programas de RMMFC, como, por exemplo, o da Universidade Federal do Ceará¹⁷ e o da Universidade de São Paulo.¹⁸ Este é um tema sensível ao conjunto dos programas de RMMFC, não apenas no Brasil mas em todo mundo, o que fica evidente na revisão feita por Costa et al.¹⁷

Um aspecto dessa revisão deve ser objeto de maior debate para o conjunto dos atores envolvidos com a supervisão dos programas de RMMFC no país: os avanços obtidos e as insuficiências já observadas a partir da publicação do Currículo Baseado em Competências desenvolvido em 2014 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).¹⁹ Estas experiências sugerem que o documento da SBMFC contribuiu para a orientação da reforma curricular dos programas, de forma que tais esforços não partam do zero ou ocorram de maneira descontextualizada.

Contudo, o documento não desenvolve as estratégias de ensino que podem ser utilizadas para o alcance das competências listadas e não organiza o conjunto das competências enumeradas em núcleos de saberes e práticas mais operacionais, como bem destacam Costa et al.¹⁷ Desta forma, sugere-se que ocorra uma revisão desse documento a partir das múltiplas experiências atualmente em cena no país e que se crie um grupo de revisão permanente do Currículo Baseado em Competências de acordo com as recomendações da SBMFC.

É de se destacar também a fundamental importância de uma política de valorização da preceptoria. Não se faz um programa de RMMFC de qualidade e não se formam bons especialistas sem preceptores empenhados, capacitados e valorizados. E a expansão dos programas, acima comentada, evidencia as dificuldades de inserção dos residentes em cenários assistenciais e pedagógicos adequadamente estruturados e com preceptoria com o perfil esperado.

O trabalho de Garcia et al.,²⁰ fruto da experiência da Universidade de São Paulo, traz um conjunto de reflexões sobre o perfil e funções da preceptoria do residente, bem como recomendações para a valorização da preceptoria, que devem ser objeto de análise. Com as dificuldades de provisão de preceptoria adequada para o conjunto dos programas de RMMFC do país, cremos ser este um ponto a ser amplamente discutido e incorporado ao conjunto de políticas de reorientação da formação médica previsto na Lei do Programa Mais Médicos. Com os dados que temos até o momento, é possível afirmar que os cursos de preceptoria com bolsa para o preceptor financiados pelo Ministério da Saúde não são suficientes para a superação do desafio posto.

Experiências internacionais indicam que um passo importante para a consolidação de sistemas nacionais de saúde fortemente orientados à APS é tornar mandatória a RMMFC para atuação na APS e a regulação estatal da disponibilidade de vagas de RM nas distintas especialidades de acordo com a necessidade do país.⁸ A SBMFC vem há algum tempo promovendo este debate, assinalando também a importância de um sistema unificado de seleção médica para a RM e uma maior diversidade de áreas de atuação e um novo arranjo de acesso direto às especialidades.²¹

Este Especial de Residência Médica (v. 13, n. 40, 2018) apresentado pela RBMFC pode somar forças a este processo de divulgação de ideias e evidências científicas no sentido de amadurecer reflexões e abrir caminhos para a consolidação da MFC no Brasil.

Referências

1. Macinko J, Starfield B, Erinoshio T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994221>
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-865. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):111-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>
5. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med*. 2002;24(4):252-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/24.4.252>
6. Scheffer M, coord. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018.
7. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):295-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>
8. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2667-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>
9. 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>

10. World Health Organization (WHO). The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015.
12. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl.1):S7-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>
13. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Suppl.1):1301-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>
14. Oliveira JPA, Sanchez MN Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2719-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. 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.
16. Scheffer M, coord. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015.
17. Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-11. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632)
18. Machado LBM, Marques CC, Rodrigues L, Sperling S, Machado NC, Gusso GDF, et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-16. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602)
19. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2014.
20. Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso G, Valladão Júnior JBR. Preceptorial na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1610](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)
21. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ante aos Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional que visam alterar a Lei nº 12.871/2013. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015.

Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências

Preceptorship in the Family Medicine Residence of Universidade de São Paulo: policies and experiences

Preceptoría en la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de São Paulo: políticas y experiencias

Ana Paiva Garcia
Luiza Magalhães Cadioli
Ademir Lopes Júnior
Gustavo Gusso
José Benedito Ramos Valladão Júnior

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil. anapaiva02@yahoo.com.br (*Autora correspondente*); luiza.cadioli@gmail.com; ad.lopesjunior@gmail.com; gusso.gustavo@gmail.com; jose.valladao@usp.br

Resumo

Introdução: A atividade de preceptoria dentro da formação médica tem sido globalmente estabelecida como modelo para o processo docente na área e existem diversas formas e experiências de organização. O Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) apresenta um modelo de preceptoria incomum, composto por preceptores do programa de residência médica e por preceptores dos residentes (tutores), cada um com especificidades próprias e complementares. **Objetivo:** Nosso objetivo neste relato de experiência foi compartilhar as políticas institucionais e experiências de preceptoria em nosso programa de residência médica, bem como apontar as múltiplas adversidades existentes e possíveis formas de enfrentamento. **Resultados:** Atingir o nível de excelência no desenvolvimento das competências necessárias para a formação do especialista em MFC, em situações adversas de valorização da especialidade e do corpo docente, é uma tarefa árdua. Neste difícil desafio de conduzir o PRM e garantir o desenvolvimento das competências almejadas com qualidade, o papel do preceptor do programa de residência médica e do preceptor do residente (tutor) são fundamentais. **Conclusão:** Frente aos desafios apontados, observa-se grande desgaste dos tutores, que voluntariamente desempenham as atividades de ensino mesmo atuando em sobrecarga assistencial. A falta de reconhecimento, escasso apoio institucional e da gestão administrativa são fatores que oferecem obstáculos ao melhor desenvolvimento e ampliação do programa de residência.

Palavras-chave: Preceptoria; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Educação Médica

Como citar: Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso G, Valladão Júnior JBR. Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1610](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)

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: 30/08/2017.

Aprovado em: 09/12/2017.

Abstract

Introduction: The preceptorship activity within medical education has been globally established as a model for the teaching process in the area and there are several forms and experiences of organization. The Medical Residency Program in Family Medicine of Universidade de São Paulo presents an unusual model of preceptors, composed of preceptors of the medical residency program, each one with its own and complementary specificities.

Objectives: Our goal in this experience report was to share the institutional policies and preceptory experiences in our medical residency program, as well as to point out the multiple adversities and possible forms of coping. **Results:** Achieving the level of excellence in developing the skills needed to train the Family Medicine specialist, in adverse situations of appreciation of the specialty and the teaching staff, is an arduous task. In this difficult challenge of conducting the Medical Residency Program and ensuring the development of quality skills, the role of the preceptor of the medical residency program and the resident's tutor is crucial. **Conclusion:** Faced with the challenges pointed out, there is great wear and tear on the tutors, who voluntarily perform the teaching activities even when acting on welfare overload. The lack of recognition, scarcity of institutional support and administrative management are factors that hinder the better development and expansion of the residency program.

Keywords: Preceptorship; Internship and Residency; Family Practice; Primary Health Care; Education, Medical

Resumen

Introducción: La actividad de preceptoría dentro de la formación médica ha sido globalmente establecida como modelo para el proceso docente en el área y existen diversas formas y experiencias de organización. El Programa de Residencia Médica (PRM) en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la Universidad de São Paulo presenta un modelo de preceptoría inusual, compuesto por preceptores del programa de residencia médica y por preceptores de los residentes (tutores), cada uno con especificidades propias y complementarias. **Objetivo:** Nuestro objetivo en este relato de experiencia fue compartir las políticas institucionales y experiencias de preceptoría en nuestro programa de residencia médica, así como apuntar las múltiples adversidades existentes y posibles formas de enfrentamiento. **Resultados:** Alcanzar el nivel de excelencia en el desarrollo de las competencias necesarias para la formación del especialista en Medicina Familiar, en situaciones adversas de valorización de la especialidad y del cuerpo docente, es una tarea ardua. En este difícil desafío de conducir el Programa de Residencia Médica y garantizar el desarrollo de las competencias anheladas con calidad, el papel del preceptor del programa de residencia médica y del preceptor del residente (tutor) son fundamentales. **Conclusión:** Ante los desafíos señalados, hay gran desgaste de los tutores, que voluntariamente desempeñan las actividades de enseñanza incluso actuando en sobrecarga asistencial. La falta de reconocimiento, escaso apoyo institucional y de la gestión administrativa son factores que dificultan el desarrollo y la expansión del programa de residencia.

Palabras clave: Preceptoría; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación Médica

“Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética, ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade”
Paulo Freire¹

Introdução

A preceptoría tem sido estabelecida como modelo formador para a residência médica por integrar atividades didáticas e práticas em serviço. Todavia, há grande variabilidade de significados, funções e atividades vinculadas ao cargo de preceptor de acordo com as diferenças entre instituições de ensino médico.²

O Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) possui, caracteristicamente, desde sua formação e, em consonância com outros PRMs da instituição, a figura do *preceptor do programa de residência médica*. Além disso, também existem os *preceptores dos residentes (tutores)*. Estes dois atores desempenham diferentes papéis, com complementaridades e interfaces envolvidas no processo de docência e organização da residência médica.

As funções dos *preceptores do programa de residência médica* incidem na organização e gestão de todas as atividades correspondentes à formação dos médicos-residentes e pelo controle do cumprimento dos objetivos do programa, conforme o Manual de Competências da Residência.³ O *preceptor do residente (tutor)* é um médico especialista em MFC que atua como médico contratado de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) utilizada como cenário de prática do PRM durante o Estágio Longitudinal de Atenção Primária da residência.

Desenvolvimento

Esse artigo pretende apresentar dois tipos de preceptoria realizada no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) da Universidade de São Paulo (USP) e os desafios para sua consolidação.

Programa de Residência

O PRM-MFC foi iniciado em 2005 e atualmente tem 10 residentes por ano. Os residentes estão distribuídos em 5 unidades de atenção primária à saúde da Região Oeste, quatro delas unidades básicas de saúde (UBS) da microrregião do bairro do Butantã, atualmente geridas pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), e um Centro de Saúde Escola pertencente à própria Universidade de São Paulo (CSE Butantã). Os estágios nos níveis secundário e terciário de atenção representam em torno de 20% da carga horária da residência e são realizados principalmente no Hospital Universitário (HU-USP), e no Hospital das Clínicas (HC), que é uma autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino.

Preceptor do Programa de Residência Médica

Anualmente, são oferecidas duas vagas para a preceptoria do PRM-MFC através de processo seletivo organizado pela coordenação do programa. O cargo é rotativo, existindo a possibilidade de o preceptor realizar novamente o processo seletivo e obter a prorrogação do cargo de preceptoria, no máximo, por mais um ano. Dentre os pré-requisitos, o candidato ao cargo deverá ter concluído residência médica na especialidade dentro dos últimos três anos. O objetivo é que, justamente, participem como preceptores do programa de residência médica em apoio ao coordenador do PRM, os médicos especialistas em MFC recém-egressos. O intuito é que o cargo seja ocupado por quem está mais próximo da realidade da residência e conheça os pontos positivos, negativos, problemas dos estágios e do cotidiano dos residentes.

As atividades específicas realizadas pelo *preceptor do programa de residência médica* são divididas em sete vertentes de funções:

- **Planejamento e organização:** planejar e organizar calendário de aulas e estágios anualmente em função dos recursos disponíveis, do número de tutores e residentes e supervisionar sua posterior elaboração e prática pelos serviços hospitalares, ambulatoriais e unidades de saúde correspondentes; prover estrutura para garantir a realização de outras atividades, como participação em campanhas de vacina, espaços de participação popular (como conselho gestor, conselhos distritais); fomentar e prover suporte ao residente para planejamento e execução de

atividade de grupo na unidade de saúde durante a residência; realizar avaliação e orientações junto aos residentes e tutores para o aperfeiçoamento; organização de cursos, seminários ou *workshops* que se considerem de interesse para o desenvolvimento de habilidades práticas úteis na especialidade de Medicina de Família; organizar a recepção e programação de estagiários; organizar os espaços de reunião geral da residência, sendo responsável pelo convite de professores, cronograma, envio de referências, reserva de espaço e divulgação; realizar reuniões periódicas com os tutores; participar dos processos seletivos de novos residentes; manter atualizados o manual da residência, a carta de estágios eletivos e o currículo de competências do PRM.

- **Atividades de supervisão e ensino:** realizar cursos e módulos conforme a necessidade do programa; estar disponível, estimular e realizar procedimentos junto aos residentes nas unidades de saúde; dar apoio aos residentes na preparação de sessões clínicas e discussões de artigos; orientar e auxiliar os residentes quanto a solicitações de estágios externos e realização de estágios optativos; reunir informação detalhada sobre todas as atividades que cumpram cada residente; realizar discussões clínicas, atividades de observação de consultas e espaços de escuta ao residente; propor leituras e discussões conforme avaliação das necessidades formativas individualizadas de cada residente; apoiar os tutores nas dificuldades apresentadas durante o processo de docência; estimular a formação dos tutores e procurar organizar atividades de aperfeiçoamento.
- **Monitorização das atividades docentes:** detectar e analisar deficiências formativas, realizar propostas de melhoria e apoio técnico às unidades de saúde com residentes; dar apoio e estímulo ao trabalho dos tutores do programa da especialidade; realizar comunicação com tutores hospitalares de outras especialidades longitudinalmente de forma a garantir o bom andamento dos estágios; detecção e análise de deficiências formativas no hospital com relação à Medicina de Família e Comunidade; proposta de medidas de melhoria na organização docente hospitalar.
- **Pesquisa:** estimular e apoiar os projetos de pesquisas dos residentes, fornecendo auxílio na busca de orientadores, pesquisa bibliográfica e dúvidas; garantir a estrutura e supervisão de formação específica em pesquisa científica na forma de estágio ou *workshops* para prover o conhecimento necessário e o suporte aos diferentes trabalhos de pesquisa que realizem os médicos residentes durante seu período de formação.
- **Avaliação:** preparar questões para prova dos residentes que deverá ser realizada semestralmente, aplicar e corrigir as provas, bem como, fornecer espaço para discussão de respostas e recursos aos residentes; aplicar ferramenta de avaliação de consultas dos residentes através do COT (*Consultation Observation Tool*) semestralmente com a distribuição dos residentes conforme tutores que os avaliarão; garantir a realização das demais avaliações dos residentes (estágio longitudinal em APS, estágios hospitalares e externos, apresentação de artigo e de caso clínico), submeter todos os tutores e estágios à avaliação dos residentes; realizar exposição dos resultados das avaliações nos fóruns pertinentes anualmente ao final do período letivo; entregar trimestralmente a avaliação de todos os residentes à Comissão de Residência Médica (COREME).

- **Responsabilidade com a instituição:** realizar aulas ou apresentações sobre a especialidade conforme solicitação de outros programas de residência ligados à instituição; colaboração com a Universidade em outras atividades e espaços da graduação a que for solicitado; emissão de relatórios e informes às autoridades administrativas conforme solicitação da coordenação do PRM e da COREME.
- **Comunicação:** manter-se disponível para responder e-mails, mensagens de celular e telefonemas de residentes, tutores, coordenação; manter grupos de comunicação em celular com os diferentes grupos componentes da residência visando facilitar a comunicação.

A atividade do preceptor de programa é regulamentada pela COREME da Faculdade de Medicina da USP. Ele recebe uma bolsa da FMUSP equivalente ao dobro do valor vigente da bolsa recebida pelos residentes, com carga-horária semanal de 40 horas. É, conforme descrito acima, corresponsável por organizar e coordenar as atividades didáticas junto ao coordenador, oferecendo suporte a todos os residentes e tutores. Vale ressaltar que não faz parte de suas atribuições a assistência direta isolada. No entanto, poderá desenvolver atividades de assistência didática voltada ao ensino, como recurso pedagógico.

Preceptor do Residente (Tutor)

A maior parte das atividades do PRM-MFC são realizadas no Estágio Longitudinal de Atenção Primária, que ocupa 65% da carga horária durante os dois anos de residência. Nesse estágio, o residente faz parte de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que existe um especialista em MFC em atividade como médico da equipe e que será o seu respectivo tutor. Esta é uma característica distintiva deste modelo para o de muitas outras residências de MFC no Brasil. Por ser o médico da equipe em que o residente está inserido e quem está mais próximo do residente ao longo dos dois anos, o tutor é um elo fundamental na formação do residente em MFC.

Os casos atendidos pelos residentes são, majoritariamente, discutidos com o seu tutor pessoal (médico da própria equipe), uma vez que conhecem os pacientes, mas é também estimulado o modelo de *tutoria cruzada*, quando o residente de uma equipe também discute com os tutores de outra, por meio de uma escala de discussão entre os médicos tutores nas respectivas UBSs.

O papel do preceptor dos residentes envolve: auxiliar no aprendizado de conceitos teóricos direcionados à prática, supervisionar a prática do residente, ser modelo de valores, atitudes e ética profissional; auxiliar na identificação de qualidades a serem ressaltadas e ou corrigidas; compartilhar experiências acerca da profissão e formas de lidar com as inseguranças e frustrações.^{2,4}

Para o adequado desempenho de tais papéis na formação do médico-residente, recomenda-se que o tutor busque incorporar algumas funções nucleares em sua atividade docente (Quadro 1).

O tutor deve, portanto, fornecer o exemplo profissional, compartilhar conhecimentos e inquietações, dividir o trabalho e responsabilidades da equipe progressivamente, adaptar e flexibilizar conteúdos e métodos conforme as necessidades de seu residente. Deverá ter uma relação mutuamente colaborativa centrada no aprendizado. Não necessariamente de amizade, nem impessoal ou autoritária. Deverá existir uma relação dialógica, interpessoal, horizontal, de esperança e respeito, construída e personalizada às expectativas e necessidades de cada residente.

Quadro 1. Funções nucleares do preceptor do residente (tutor).

Auxiliar o residente na busca das competências profissionais próprias da especialidade.
Acolher, orientar e supervisionar o residente durante todo o período de formação.
Estimular e favorecer a responsabilidade progressiva nas atividades assistenciais e de gestão da equipe.
Ser o interlocutor de referência do residente.
Fomentar a atividade docente e de pesquisa do residente.
Avaliar o residente.

A preceptoría deve ser centrada no residente e orientada a fim de instrumentalizá-lo para a resolução de problemas da prática profissional com progressiva autonomia.^{5,6}

Inicialmente, a contratação dos preceptores dos residentes foi feita pela Fundação Faculdade de Medicina (FFM), que é uma Fundação de Apoio à FUMSP e ao Hospital das Clínicas (HCFMUSP). A partir de 2008, a FFM tornou-se uma OS e fundou o Projeto Região Oeste (PRO), que passou a gerir as unidades básicas da região do Butantã, cenário de prática da residência MFC da USP. Esse projeto manteve-se até 2016, quando outra OS, não vinculada à FMUSP, passou a gerir a região.

A contratação e pagamento de todos os profissionais da região pela Fundação Faculdade de Medicina, via PRO, entre eles os médicos tutores da residência, mascarava a total ausência de vínculo entre a preceptoría dos residentes (tutores) e o órgão que oferece esta residência. Com o processo de transição de OS e a saída do PRO, esta situação se tornou mais evidente.

Atualmente, o vínculo empregatício e a remuneração do tutor das quatro UBSs da prefeitura são realizados pela SPDM com jornadas de 20, 30 ou 40h semanais. Esses tutores não possuem nenhum tipo de ligação formal com a FMUSP, exercendo sua função de preceptoría de forma voluntária, sem remuneração ou qualquer tipo de incentivo, ao contrário do recomendado pelo guia para programas de pós-graduação em medicina de família do WONCA.⁷

Não há, também, por parte da secretaria municipal de saúde, redução de metas assistenciais ou previsão de carga horária diferenciada para médicos tutores. A OS contratante disponibiliza apenas o período da reunião geral do PRM-MFC (que dura 1 hora e meia) e 1h para os seminários dos residentes, ambos uma vez por semana. Na dependência da gerência da unidade, essas atividades são consideradas como Educação Permanente e se estendem a todos médicos do serviço, exercendo eles o papel de tutor ou não. Mas isso exige um acordo com o gerente, que pode não acontecer. A possibilidade de jornadas de trabalho de 20 e 30h, implantadas em 2016, têm sido atrativas para manter alguns tutores vinculados ao serviço.

Por não haver processo seletivo para ser tutor ou vínculo oficial institucional, este cargo geralmente é ocupado por algum médico com uma aproximação afetiva com a residência ou com interesse pelo ensino, como ex-residentes. Apesar disso, temos conseguido que todos os tutores tenham título de especialista em MFC ou residência em MFC.

Desafios e Propostas

Cientes das fragilidades e potencialidades desses modelos complementares de preceptoría e, visando a consolidação, a estabilidade e a expansão desse programa de residência em MFC, propõe-se:

1. Reconhecimento institucional das atividades da tutoria pela FMUSP, por meio de certificados oficiais pelo exercício de preceptoria;
2. Acesso à rede de internet da FMUSP via VPN (que viabiliza o acesso a revistas científicas eletrônicas) para os tutores, bem como incentivo a cursos de formação de tutores, como, por exemplo os da EURACT (*European Academy of Teachers in General Practice*);
3. Redução das metas assistenciais e do tamanho da população das equipes da ESF para viabilizar períodos para atividades de educação permanente e pós-graduação para os tutores;
4. Previsão das atividades de ensino na jornada de trabalho;
5. Flexibilidade na jornada de trabalho para que possa ser compatível com as atividades assistenciais e de ensino do PRMMFC;
6. Complementação financeira ou outros incentivos pelas atividades de preceptoria;
7. Implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)⁸ visando reunir as regras, contrapartidas e demais compromissos pactuados entre as instituições de ensino e os gestores municipais e estaduais do SUS;
8. Contratação de médicos de família que tenham interesse no ensino e na participação do PRM-MFC em todas as equipes das UBS ligadas a residência médica;
9. Maior integração entre tutores e residentes com alunos da graduação, de forma a apresentar a prática clínica e as habilidades específicas da MFC desde o início da formação. Isso corrobora a implementação das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação de Medicina, com ênfase na formação generalista, de base humanista cujas habilidades sejam direcionadas a responder às necessidades de saúde da população, das comunidades e do Sistema de Saúde.

Considerações finais

A divisão de dois atores de diferentes características e atividades dentro do processo de preceptoria centrado no residente do Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) é algo distinto da maioria dos programas de residência médica.

As especificidades da instituição tornaram importante a conformação destes dois diferentes papéis para garantia do respeito a todas as necessidades de seus programas formativos e o alcance às competências almejadas.

O *preceptor do programa de residência* se dedica a ser o guardião de todo o programa de residência médica em suporte ao coordenador, acumulando funções administrativas, de ensino e avaliação, garantindo, assim, a execução de todas as prerrogativas docentes definidas.

O *preceptor do residente (tutor)* desempenha o processo docente específica e diretamente relacionado aos residentes sob sua supervisão. Desta forma, é premente a necessidade de políticas de valorização desses profissionais, objetivando sua fixação no PRM-MFC para a ampliação do número de vagas da residência e maior contribuição acadêmica e científica no cenário da atenção primária na USP e no Brasil.

As interfaces e complementaridades destes modelos de preceptoría têm tido bons resultados dentro de nossa experiência por produzirem um sólido programa docente junto a uma supervisão de excelência propiciada pela atuação conjunta destes diferentes preceptores. Por um lado, a figura do *preceptor do programa*, permite suporte aos *preceptores dos residentes (tutores)*, que atuam em situações adversas, com sobrecarga de atividade assistencial e atividade docente voluntária, garantindo a organização didática da residência e a integração das atividades de ensino entre as várias UBSs e cenários de aprendizagem. Por outro, estando os tutores na assistência, os residentes são protegidos em parte da pressão assistencial da equipe, reiterando seu espaço de formação.

A qualidade da preceptoría do PRM e dos tutores é um dos pontos fortes do PRM-MFC da FMUSP. Entretanto, para a consolidação e ampliação do programa, é urgente e imprescindível a implantação de políticas para valorização desses profissionais, objetivando sua fixação e vinculação ao PRM-MFC. Podemos considerar esse o nó crítico para a ampliação do número de vagas de residência em MFC e que não foi enfrentado desde o início do PRM-MFC da Universidade de São Paulo.

Referências

1. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 54 p [Internet]. [acesso 2017 Dez 4]. Disponível em: <http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>
2. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):363-73 [Internet]. [acesso 2017 Dez 4]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
3. Valladão Júnior JBR, Gusso G, Olmos RD. Medicina de família e comunidade - Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Atheneu; 2017. 720 p.
4. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. J Adv Nurs. 1996;24(1):104-7 [Internet]. [acesso 2017 Dez 4]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15714.x>
5. Maudsley G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. BMJ [Internet]. 1999;318(7184):657-61. [acesso 2017 Dez 4]. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.318.7184.657>
6. Freire P. Educação Como Prática da Liberdade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1967. 150 p [Internet]. [acesso 2017 Dez 4]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/livro_freire_educacao_pratica_liberdade.pdf
7. WONCA working party on education. WONCA standards for postgraduate family medicine education. 2013. 17 p [Internet]. [acesso 2018 Fev 6]. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [Internet]. [acesso 2017 Ago 26]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20-AGOSTO-DE-2015.pdf>

Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade

Competencies and Entrustable Professional Activities: new
models for elaboration of a Curriculum Framework for Family
and Community Medicine Residency

*Competencias y Actividades Profesionales Confiables: nuevos
paradigmas en la elaboración de una Matriz Curricular para
Residencia en Medicina de Familia y Comunidad*

Lourrany Borges Costa^a
Frederico Fernando Esteche^b
Rômulo Fernandes Augusto Filho^c
André Luís Benevides Bomfim^c
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro^d

^a Universidade Federal do Ceará (UFC).
Fortaleza, CE, Brasil.
lourranybep@hotmail.com
(Autor correspondente)

^b Escola de Saúde Pública do Ceará
(ESP/CE). Fortaleza, CE, Brasil.
fredesteche@gmail.com

^c Universidade de Fortaleza
(UNIFOR); Secretaria Municipal de
Saúde de Fortaleza. Fortaleza, CE,
Brasil. romulofaugusto@gmail.com;
andrebbomfim@gmail.com

^d Universidade Federal do Ceará (UFC);
Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).
Fortaleza, CE, Brasil.
marcotuliofmc@gmail.com

Resumo

Objetivo: Realizar uma revisão na literatura sobre Currículo Baseado em Competências que possa subsidiar a elaboração de uma Matriz para Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Foi realizada revisão de literatura sobre o referencial teórico do ensino baseado em competências, selecionando artigos, diretrizes, documentos e modelos de currículos de escolas médicas e entidades nacionais e internacionais envolvidas com o ensino médico. **Resultados:** A revisão de literatura evidenciou dois principais modelos de currículo repetidamente citados nas referências consultadas: ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) Milestones e CanMEDS (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*) Framework. O Currículo Baseado em Competências enfatiza o ensino centrado no aluno e utiliza abordagem baseada em resultados para a criação, implementação e avaliação de programas de educação médica, usando uma estrutura organizacional de competências mapeadas com atividades profissionais confiáveis, na forma de uma matriz. A avaliação é feita por meio de desempenho e resultados graduados em marcos de desenvolvimento. Para fins de elaboração de Matriz curricular própria, optou-se como modelo e referência a proposta do CanMEDS 2015 por este ser aprovado por 12 organizações médicas canadenses e atualmente usado como base curricular em dezenas de países, sendo o modelo mais amplamente aplicado no mundo. **Conclusão:** Espera-se que esta revisão sirva de ferramenta para que também outras Instituições de Ensino e seus respectivos Programas de Residência possam desenvolver seus próprios Currículos Baseados em Competências.

Palavras-chave: Residência Médica; Currículo; Medicina de Família e Comunidade

Como citar: Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632)

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: 30/09/2017.
Aprovado em: 29/12/2017.

Abstract

Objective: The purpose is to carry out a literature review on Competency Based Curriculum that could support the elaboration of a matrix for the Residency Program in Family and Community Medicine of Fortaleza, Ceará. **Methods:** A literature review was made on the theoretical reference of competency-based education, selecting articles, guidelines, documents and curricula models of medical schools and national and international entities involved with medical education. **Results:** The literature review evidenced two main curriculum models repeatedly mentioned in the references: ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) Milestones and CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) Framework. Competency-Based Curriculum emphasizes student-centered teaching and uses a results-based approach to the design, implementation, and evaluation of medical education programs. It is organized as a framework of competencies mapped to entrustable professional activities in the form of a matrix. The evaluation is based on performance through milestones. For creating its own curricular Matrix, the CanMEDS 2015 was adopted as a model because it was approved by 12 Canadian medical organizations and it is currently used as reference in dozens of countries, being the most widely applied model in the world. **Conclusion:** We expect that this review would serve as a tool for other Medical Schools and their Residency Programs to develop their own Competency-Based Curricula.

Keywords: Internship and Residency; Curriculum; Family Practice

Resumen

Objetivo: El objetivo es realizar una revisión en la literatura sobre Currículo Basado en Competencias que pueda subsidiar la elaboración de una Matriz para Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Se realizó una revisión de literatura sobre la referencia teórica de la educación basada en competencias, seleccionando artículos, directrices, documentos y modelos de currículos de escuelas médicas y entidades nacionales e internacionales involucradas en la enseñanza médica. **Resultados:** La revisión de la literatura evidenció dos modelos principales de currículo citados repetidamente en las referencias: ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) Milestones y CanMEDS (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*) Framework. El Currículo Basado en Competencias enfatiza la enseñanza centrada en el alumno y utiliza un enfoque basado en resultados para la creación, implementación y evaluación de programas de educación médica, usando una estructura organizacional de competencias asignadas con actividades profesionales confiables, en forma de una matriz. La evaluación se hace a través del desempeño y resultados graduados en marcos de desarrollo. Para crear su propia matriz curricular, CanMEDS 2015 se adoptó como modelo porque fue aprobado por 12 organizaciones médicas canadienses y actualmente se utiliza como referencia en docenas de países, siendo el modelo más ampliamente aplicado en el mundo. **Conclusión:** Esperamos que esta revisión sirva de herramienta para que también otras Escuelas Médicas y sus respectivos Programas de Residencia puedan desarrollar sus propios Currículos Basados en Competencias.

Palabras clave: Internado y Residencia; Curriculum; Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

Ao longo dos últimos anos, a educação médica vem passando por uma mudança de paradigma do currículo baseado em estruturas e processos para um currículo baseado em competências e avaliação de resultados.¹ Muitas definições de competência surgiram na literatura médica, principalmente a partir dos anos 70, compartilhando várias características comuns.^{2,3}

Segundo Albanese, a falta de características precisas para definir de forma clara o que constitui uma competência, além da confusão com as palavras meta, objetivo e resultado, suscita dúvidas e discussões.⁴ Para este autor, uma competência deve: focar no desempenho do produto final de instrução; refletir expectativas que são uma aplicação do que é aprendido no programa; ser expressa em termos de um comportamento mensurável; usar um padrão para julgar a competência que não depende do desempenho de outros alunos; e informar os alunos, bem como outras partes interessadas, sobre o que se espera deles.⁵ Pode-se afirmar, de maneira simplificada e sintética, que competência é a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho efetivo das atividades requeridas em um contexto de trabalho.⁶ Compreende o uso de conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores, emoções e reflexões na prática clínica diária a serviço do indivíduo e da comunidade.⁷

O uso de um currículo baseado em competências para programas de residência médica e pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é algo praticado em vários países do mundo. Em 1998, a *World Federation for Medical Education* (WFME) lançou um programa sobre normas internacionais em educação médica, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e *World Medical Association* (WMA). O objetivo era fornecer um mecanismo para a melhoria da qualidade na educação médica em um contexto global.⁸ Em 2013, o Grupo de Trabalho sobre Educação da WONCA (WWPE), baseado nos documentos da WFME, publicou os Padrões Globais em Educação para Pós-graduação em MFC. Segundo o documento, as competências podem ser definidas em amplos termos profissionais ou como uma capacidade observável que integra componentes tais como conhecimento, habilidades, atitudes e comportamentos.⁹

O currículo baseado em competências (CBC) pode ser definido como uma abordagem baseada em resultados para a criação, implementação e avaliação de programas de educação médica, usando uma estrutura organizacional de competências.¹⁰ O CBC é centrado na busca ativa pelo conhecimento, interdisciplinaridade, integração teórico-prática e interação ensino-sociedade, trazendo o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado.^{6,11}

Dessa forma, enquanto modelos anteriores de educação são orientados por objetivos de aprendizagem, o CBC enfatiza o desenvolvimento centrado no aluno.^{12,13} Os objetivos de aprendizagem geralmente se concentram no que o aluno deve saber, enquanto as competências se concentram no que o aluno deveria fazer.^{14,15} Além disso, é importante que o cenário de prática para aquisição destas competências, que preparam futuros médicos para o exercício profissional, seja baseado em ambiente de trabalho.^{5,7,10}

Em 2005, foi introduzido pela primeira vez o conceito de *Entrustable Professional Activity* (EPA, do inglês em tradução livre “Atividade Profissional Confiável”),¹⁶ que pode ser definido como uma unidade de prática profissional que pode ser totalmente confiada a um estagiário, assim que ele tenha demonstrado a competência necessária para executar esta atividade sem supervisão. Este conceito foi desenvolvido para operacionalizar a educação médica baseada em competências.¹³ Além disso, as EPAs devem ser atividades que definam a prática de uma especialidade. Enquanto as competências são descritoras das qualidades pessoais do indivíduo, EPAs descrevem a tarefa que está sendo feita ou deve ser feita no local de trabalho.

EPAs geralmente exigem que um profissional integre múltiplas competências de vários domínios, como conhecimento de conteúdo, habilidades em colaboração, comunicação e gerenciamento. Por outro lado, cada domínio de competência é relevante para muitas atividades diferentes. Competências e EPAs podem ser mapeados como duas dimensões de uma matriz, revelando quais competências um estagiário deve atingir antes de ser confiável para realizar uma EPA sem supervisão.^{17,18} Várias especialidades médicas vêm utilizando EPAs para construção de seus currículos, incluindo a MFC.^{19,20}

No Brasil, a Residência Médica, como modalidade de especialização *lato sensu* de pós-graduação, é considerada o padrão-ouro para a formação dos profissionais médicos.²¹ De acordo com a Comissão Nacional de Residência Médica, o objetivo geral dos programas de residência em MFC é formar médicos tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado, buscando solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades.²² Porém, mesmo com a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil nos

últimos anos, principalmente na esfera pública através da Estratégia Saúde da Família, observa-se um desencontro entre as necessidades existentes na APS e as iniciativas de estruturação e fortalecimento da MFC no país.^{23,24} É importante a criação de um plano a longo prazo, aumentando a capacidade de formação de especialistas em MFC, por meio do aumento de vagas de residência médica nessa área.²⁵⁻²⁷

As melhorias na saúde de uma população só podem ser realizadas por meio do desenvolvimento de uma força de trabalho que tenha sido educada de forma consistente com as necessidades sociais para promover a saúde e cuidar dos doentes.^{28,29} Com essa intenção, é necessária uma reforma dos sistemas educacionais utilizando a educação baseada em competências, com foco em critérios de desempenho para os profissionais de saúde. Sua implementação exige iniciativas inovadoras tais como o uso de métodos de avaliação baseados no trabalho, desenvolvimento de quadros de professores especializados e a identificação de marcos de desenvolvimento para competências.³⁰

A OMS estima uma escassez global de 2,6 milhões de médicos em todo o mundo. Destes, pelo menos metade são médicos de família. Esse déficit afeta tanto países de alta quanto de baixa renda. Isso torna a implementação e a ampliação da formação em MFC e a reorientação dos serviços de saúde para a APS uma prioridade.³¹ Segundo Michael Kidd, ex-presidente da WONCA, durante os anos de 2013 a 2016, o mundo enfrentou uma série de desafios quando se falava em serviços de saúde e a resposta para esses desafios é a APS, devido seu poder de diminuir iniquidades.³²

O objetivo deste artigo é realizar uma revisão na literatura sobre CBC para que possa subsidiar a elaboração de uma Matriz de Competências para o Currículo do Programa de Residência em MFC de Fortaleza, Ceará.

Métodos

Foi realizada revisão de literatura sobre o referencial teórico do ensino baseado em competências, de maneira semelhante a um trabalho brasileiro prévio que teve o objetivo de construir uma matriz de competências para o internato em MFC.³³ Foram selecionados artigos, documentos e modelos de CBC de escolas médicas e entidades nacionais e internacionais envolvidas com o ensino médico. As bases de dados consultadas foram PubMed, Scielo e Google Scholar, utilizando os termos de busca amplos em português e inglês como Educação Baseada em Competências, *Competency-Based Education*, Medicina de Família e Comunidade, *Family Medicine*, *General Practice*, matriz de competências, *blueprint*, competência, *competency* e *Entrustable Professional Activity*.

Resultados

A revisão de literatura evidenciou dois principais modelos de CBC repetidamente citados nas referências consultadas: ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) Milestones³⁴ e CanMEDS (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*) Framework.³⁵

O ACGME é uma entidade privada sem fins lucrativos que avalia e credencia mais de 10.000 programas de residência em 154 especialidades e subespecialidades nos Estados Unidos, estabelecendo normas educacionais e requisitos comuns para programas de treinamento médico.³⁴

Em 2002, o ACGME lançou uma iniciativa denominada *Outcome Project* que identificou seis competências nucleares para serem usadas pelos programas de residência para avaliar seus residentes em treinamento: 1. Cuidado ao paciente; 2. Conhecimento médico; 3. Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática; 4. Habilidades interpessoais e de comunicação; 5. Profissionalismo; e 6. Prática baseada em Sistemas de Saúde. Cada competência é composta de diferentes marcos que os residentes são obrigados a dominar em fases chave de sua formação.³⁶ Nos últimos anos, o sistema de avaliação evoluiu para a utilização de marcos desenvolvimento baseados em resultados (*Milestones*).³⁷

O ACGME exige que todos os programas realizem uma avaliação anual do programa, que deve incluir uma avaliação sistemática do currículo, desempenho dos residentes, desenvolvimento do corpo docente e qualidade do programa. A entidade sugere que os instrumentos de avaliação incluam exames escritos, classificações globais, e registros de procedimentos/casos.³⁸

No Canadá, no início dos anos 90, estudiosos do *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, com o apoio da instituição *Associated Medical Services*, iniciaram o projeto *Educating Future Physicians for Ontario* a fim de desenvolver um quadro de competências para médicos especialistas. O resultado foi chamado de CanMEDS, aprovado pelo *Royal College* em 1996, e que vem sendo regularmente atualizado.

Em 2009, foi elaborado o *CanMEDS-Family Medicine* (CanMEDS-FM), uma adaptação para Medicina de Família, com objetivo de melhorar o atendimento ao paciente e garantir que os programas de pós-graduação em Medicina da Família respondam às necessidades da sociedade.^{39,40} Em 2011, o *The College of Family Physicians of Canada* elaborou um documento intitulado *Triple C Competency Based Curriculum*: 1. *Comprehensive Care and Education* (Cuidados abrangentes e integrais); 2. *Continuity of Education and Patient Care* (Educação continuada do médico de família); e 3. *Centred in Family Medicine* (Centrado na Medicina de Família).^{41,42}

Atualmente, o CanMEDS encontra-se em sua terceira edição, 2015, revisado e renovado, já utilizando os conceitos de EPA e processo de avaliação por *Milestones*. A estrutura CanMEDS está organizada em sete grupos temáticos de competências, que são expressos como Papéis: Especialista, Comunicador, Colaborador, Líder, Advogado, Acadêmico e Profissional. Estes são claramente sinérgicos e inter-relacionados, mas também únicos, podendo ser descritos como uma metacompetência.

Estes papéis do CanMEDS são relacionáveis, apesar de não serem totalmente equivalentes, aos quatro princípios da MFC (o médico de família e comunidade é um clínico qualificado, sua atuação é influenciada pela comunidade, ele é um recurso de uma população definida e a relação médico-pessoa é fundamental)⁴³ e aos capítulos da Agenda Educativa estabelecidos pela Academia Europeia de Professores de Medicina de Família (EURACT) (Gestão de Cuidados Primários; Cuidados centrados na Pessoa; Aptidões específicas para a resolução de problemas; Abordagem abrangente; Orientação Comunitária; Abordagem Holística; Aspectos centrais de aplicação; e Integração e implementação).⁴⁴

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) realizou em 2014 a "I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências". A oficina contou com a presença de um grupo de consultores canadenses vinculados à Universidade de Toronto, Canadá, e um grupo de especialistas brasileiros com atuação na formação de médicos de família e comunidade. O produto dessa oficina foi compilado, organizado e padronizado em formato de planilhas divididas por

campos e áreas de competência. Os temas foram categorizados em “Domínios” e para cada um destes foram elaboradas as competências a serem adquiridas durante a residência, que foram divididas em quatro grupos: “Pré-requisitos”, “Essencial”, “Desejável” e “Avançado”.⁴¹

Em 2016, um grupo de pesquisadores alemães realizou uma revisão de literatura com objetivo de revisar as declarações de padrões internacionais de programas de pós-graduação em Medicina de Família e catalogar esses documentos para serem usadas como um guia padrão de melhores práticas na Alemanha. Foram revisados 25 documentos, que foram resumidos em 80 declarações que englobavam 43 processos, 35 estruturas e 2 resultados. Este levantamento pode ser útil para instituições que pretendem criar novos programas de Residência em Medicina de Família.⁴⁵

Durante a presente revisão, observou-se também a importância do tema avaliação acadêmica dentro dos CBC. Apesar de já ser conhecido como deve ser o processo educacional dos programas de residência médica, ainda não há métodos padronizados para medir a qualidade dos programas ou para avaliação dos residentes.^{46,47} Métodos de avaliação são importantes tanto para melhora de desempenho dos residentes quanto para melhoria dos serviços e do cuidado aos pacientes.^{48,49} Já foram sugeridos métodos quantitativos baseados em medidas educacionais tradicionais, tais como taxas de aprovação de provas de título ou processos de certificação, métodos qualitativos baseados na avaliação de satisfação de pacientes e no escopo de habilidades dos residentes, como a combinação dessas duas abordagens.⁵⁰⁻⁵²

Além de avaliar os residentes, é necessário desenvolver métodos de avaliação dos programas de residência como um todo. Schuwirth e colegas, autores que publicaram vários estudos sobre métodos psicométricos de avaliação (como, o exame clínico objetivo e estruturado) e suas importantes contribuições, reconhecem que, por muito tempo, a pesquisa sobre a avaliação médica tem focado em instrumentos para indivíduos, baseado na visão prevaiente da competência como constituída de elementos separados (conhecimento, habilidades, atitude e resolução de problemas) e na busca de um instrumento ideal de medição para cada um. Devido à ausência de abordagens de avaliação de qualidade de programas como um todo, estes pesquisadores, através de grupos focais, desenvolveram um modelo abrangente de avaliação programática que consiste em seis dimensões: Metas, Ação, Apoio, Documentação, Melhoria e Contabilidade.⁵³

Os currículos baseados em competências e resultados são projetados para melhorar a avaliação de alunos em domínios amplos, como profissionalismo, comunicação ou conhecimento médico. Na prática, graduar os alunos em escalas de competências tem sido considerada uma tarefa difícil, mesmo utilizando os marcos de desenvolvimento.⁵⁴ Até o final do treinamento, os programas devem garantir que os residentes possam oferecer cuidados de alta qualidade e seguros sem supervisão. Dessa forma, pode-se utilizar decisões baseadas na confiança de se realizar uma EPA a fim de refletir em qual estágio de um contínuo de desenvolvimento de competências um aprendiz está.⁵⁵

Discussão

O Programa de Residência em MFC de Fortaleza, Ceará, foi implantado a partir de março de 2006. Participaram do primeiro processo seletivo do curso 77 médicos residentes. O programa é coordenado em conjunto pela Universidade Federal do Ceará, pela Escola de Saúde Pública do Ceará e pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.⁵⁶

Em 2007, um ano após o ingresso dos primeiros residentes, foi realizada uma avaliação qualitativa do PRMFC, através de estudo de caso e uso de questionário com questões abertas. O foco do estudo foi a opinião dos alunos/residentes sobre a estrutura e o conteúdo das aulas teóricas, e sobre os ganhos obtidos pelos alunos em conhecimentos, habilidades e atitudes. Os resultados mostraram que, apesar de os residentes considerarem que estavam conseguindo adquirir as competências estabelecidas na época, era necessário realizar ajustes no programa.⁵⁶ Outro estudo, realizado em 2009, avaliou indicadores de estrutura, processos e resultados durante a implementação do Programa de Residência.⁵⁷

A partir de 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação implementaram programas que tiveram como objetivos iniciais prover e fixar os profissionais médicos na APS do Brasil, em áreas de difícil acesso e provimento, com acompanhamento e supervisão de Instituições de Ensino Superior. A partir da publicação da Lei 12.871, a formação médica na modalidade residência fortalece a APS e a MFC, tornando estas eixos essenciais e norteadores.

O capítulo III desta lei trata especificamente das diretrizes da reorientação da formação médica, propõe readequar os currículos das faculdades de medicina, fortalecer o internato de atenção primária e ampliar o número de vagas e programas de residência médica, principalmente de MFC, que passa a ter papel central na formação dos médicos e essencial para a maioria das especialidades médicas.⁵⁸

No ano de 2013, os preceptores do Programa de Residência em MFC de Fortaleza participaram de um curso de atualização em metodologias de ensino para preceptoria, com grande relevância para a sensibilização e percepção da necessidade de construção de um CBC. Com esse curso, foi dado um primeiro passo para uma reflexão ampla de todo o processo de ensino-aprendizagem dentro do Programa de Residência em MFC.⁴¹

O CBC, desenvolvido pela SBMFC em 2014, foi um avanço importante para formação do especialista no âmbito da prática médica brasileira. Constitui o principal guia para os Programas de Residência já produzido no país, porém possui aspectos a serem discutidos de maneira crítica. O documento organiza as competências de maneira desconexa baseado em temas ou conteúdos sobre ciclos de vida e populações específicas ou por problemas relacionados a órgãos e sistemas, o que pode ser observado principalmente no campo “Abordagem à Saúde Individual”.

Essa divisão torna difícil a tradução das competências teóricas para a prática clínica vivida pelos residentes diariamente, na qual, na maioria das vezes, uma atividade profissional engloba múltiplas competências. Além disso, o Currículo brasileiro não aponta estratégias de ensino, nem estágios de desenvolvimento dos residentes ou formas de avaliação das competências, como os modelos americano e canadense.

Assim, observando a necessidade de renovação e melhoria da formação dos profissionais médicos em MFC no Ceará, foi iniciado o processo de construção da Matriz de Competências para um novo Currículo do Programa de Residência em MFC de Fortaleza. O trabalho foi iniciado pelo Colegiado de Coordenação da residência, envolvendo membros representantes da Universidade Federal do Ceará, da Escola de Saúde Pública do Ceará e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

É previsto que a construção da Matriz siga os seguintes passos: 1. Revisão de Literatura (objetivo deste corrente artigo); 2. Afirmção do perfil de profissional que se almeja formar; 3. Escolha de modelo principal de CBC para fins de inspiração, adaptação e posterior criação de currículo próprio; 4. Definição

de cronograma de atividades de ensino e avaliação ao longo dos dois anos de curso; 5. Descrição de metodologia de avaliação, tanto de residentes quanto de preceptores e do próprio programa.

Para fins de modelo de CBC, optou-se então por ter como referência principal o CanMEDS 2015 por este ser aprovado por 12 organizações médicas canadenses e atualmente usado como base curricular em dezenas de países, sendo o modelo mais amplamente aplicado no mundo.³⁵ Além desse modelo, foi utilizado como base o currículo para MFC da Universidade de Toronto no Canadá. O Departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade de Toronto tem o maior programa de Medicina de Família da América do Norte, com 250 residentes. O departamento é reconhecido internacionalmente pela excelência clínica, educacional e de pesquisa, e possuem colaboração com instituições brasileiras.^{41,59}

Os autores desta revisão acreditam que o CBC deva ser organizado seguindo uma espiral de complexidade,^{60,61} centrado no residente e orientado quanto às necessidades da comunidade onde está inserido. Dessa forma, ao longo do curso, os residentes passariam por diferentes EPAs relacionados aos vários ciclos de vida (saúde da criança e adolescente, adulto, mulher, idoso e cuidados paliativos), baseados em problemas, tanto em nível individual quanto familiar e comunitário.

As EPAs, subdivididas em componentes habilitadores, incorporariam múltiplos marcos de desenvolvimento de vários Papéis. O processo de ensino-aprendizagem e avaliação se daria de forma contínua e crescente em complexidade durante o cronograma do curso. Os residentes seriam avaliados de acordo com sua performance de maneira sistemática até atingirem um grau profissional de serem confiáveis a realizar atividades sem supervisão. Os marcos de desenvolvimento devem definir metas precisas de progressão de competência, orientando o aprendizado e facilitando a avaliação de maneira eficaz. Além disso, é importante proporcionar momentos nos quais os residentes possam receber *feedbacks*, com ciclos de reflexão sobre sua prática diária.

Conclusão

Sabido de que o processo de construção da Matriz de competências ainda está incipiente e em contínuo aperfeiçoamento, não é esperado neste trabalho expor em detalhes a experiência dos autores nesta empreitada. Entretanto, espera-se que a revisão de literatura apresentada seja útil como base para que outras Instituições de Ensino e seus respectivos Programas de Residência possam também desenvolver seus próprios Currículos Baseados em Competências.

Referências

1. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. Acad Med [Internet]. 2002 [acesso 2017 Set 15];77(5):361-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12010689> DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200205000-00003>
2. Spady WG. Competency Based Education: A Bandwagon in Search of a Definition. Educ Res [Internet]. 1977 [acesso 2017 Set 15];6(1):9-14. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189X006001009> DOI: <http://dx.doi.org/10.3102/0013189X006001009>
3. Merenstein JH, Schulte JJ. A residency curriculum for the future. The STFM Task Force on Residency Curriculum for the Future. Fam Med [Internet]. 1990 [acesso 2017 Set 15];22(6):467-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2262110>
4. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMA, Pinto Filho WA, da Cunha GKF, Maia FL. Currículo baseado em competências na residência médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 15];36(1):129-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100018>

5. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ* [Internet]. 2008 [acesso 2017 Set 15];42(3):248-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02996.x>
6. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011 [acesso 2017 Set 15];35(51):86-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100012 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>
7. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* [Internet]. 2002 [acesso 2017 Set 15];287(2):226-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
8. World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education: WFME Global Standards for Quality Improvement (The 2015 Revision) [Internet]. Copenhagen: WFME; 2015 [acesso 2017 Set 15]. Disponível em: <http://wfme.org/standards/pgme/>
9. WONCA. WONCA Global Standards on Postgraduate Family Medicine Education [Internet]. 2013 Jun [acesso 2017 Set 15]. 17 p. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA ME stds_edit for web_250714.pdf
10. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* [Internet]. 2010 [acesso 2017 Set 15];32(8):638-45. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2010.501190> DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>
11. Araújo D. Noção de Competência e Organização Curricular. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(Supl.1):32-43.
12. Long DM. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med* [Internet]. 2000 Dec [acesso 2017 Set 15];75(12):1178-83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11112714> DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200012000-00009>
13. Ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* [Internet]. 2007 Jun [acesso 2017 Set 15];82(6):542-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525536>
14. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* [Internet]. 1990 [acesso 2017 Set 15];65(9):S63-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
15. McCloskey CB, Domen RE, Conran RM, Hoffman RD, Post MD, Brissette MD, et al. Entrustable Professional Activities for Pathology. *Acad Pathol* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 15];4. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374289517714283> DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2374289517714283>
16. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ* [Internet]. 2005 [acesso 2017 Set 15];39(12):1176-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x>
17. Ten Cate O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 15];5(1):6-7. Disponível em: <http://www.jgme.org/doi/full/10.4300/JGME-D-12-00381.1> DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-12-00381.1>
18. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 15];37(11):983-1002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26172347> DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>
19. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel J Jr. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ* [Internet]. Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2013 Mar [acesso 2017 Maio 29];5(1):112-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24404237> DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-12-00034.1>
20. Griffiths J, Schultz K. Developing EPAs (Entrustable Professional Activities) for Family Medicine [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jan 19]. Disponível em: <http://docplayer.net/8296592-Developing-epas-entrustable-professional-activities-for-family-medicine.html>
21. Aguilera Campos CE. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev APS* [Internet]. 2005 [acesso 2018 Jan 19]; 8(21):181-90. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>
22. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução no 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2015 [acesso 2018 Jan 19]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192
23. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2011 [acesso 2017 Set 15];6(18):19-20. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/246>

24. Demarzo MMP, Marin A, Padula Anderson MI, De Castro Filho ED, Kidd M. Desarrollo de estándares para la educación y formación en medicina familiar y comunitaria - contribuciones de la WONCA IberoAmérica (CIMF). *Aten Prim* [Internet]. 2011 [acesso 2017 Set 15];43(2):100-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.013>
25. Anderson MIP, Castro Filho ED, Rodrigues RD, Dala MDB, Bourget MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2007 [acesso 2018 Jan 19];3(11):180-98. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/336/225> DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)337](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3(11)337)
26. de Oliveira VG, Queiroz FN, Araujo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 15];9(30):85-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850)
27. Castro Filho ED, Gusso GDF, Demarzo MMP, Stein A, Schneider JC, Dala MDB, et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2007 [acesso 2018 Jan 19];3(11):199-209. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3\(9\)338](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3(9)338)
28. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010 [acesso 2017 Set 15];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)
29. Quintero GA. Medical education and the healthcare system - why does the curriculum need to be reformed? *BMC Med* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 15];12(1):213. Disponível em: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0213-3> DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0213-3>
30. Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Hum Resour Health* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Set 15];10(1):43. Disponível em: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-43> DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-10-43>
31. Walsh A, Pettigrew LM. A global perspective on education for primary care: a WONCA special edition. *Educ Prim Care* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 15];27(5):341-2. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14739879.2016.1224984>
32. Michael Kidd A. Challenges for healthcare in the 21 st century: How family medicine can help. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 15];2(3):211-4. Disponível em: <http://www.jfmpc.com/text.asp?2013/2/3/211/120712> DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.120712>
33. Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CVG, Pinto MEB, de Oliveira MMC. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 May 22 [acesso 2017 Set 16];12(39):1354. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1354> DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354)
34. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) - About Us [Internet]. [acesso 2017 Set 30]. Disponível em: <http://www.acgme.org/About-Us/Overview>
35. Frank JR, Snell L, Sherbino JE, eds. *CanMEDs 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 16]. 30 p. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/resources/publications>
36. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Set 16];29(7):648-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590701392903>
37. ACGME. The Family Medicine Milestone Project. *J Grad Med Educ Suppl* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 19];6(1 Suppl 1):74-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966595/>
38. Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies [Internet]. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov [acesso 2018 Jan 19];9(11):1257-69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12414480> DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01586.x>
39. Frank JR, ed. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.* [Internet]. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [acesso 2018 Jan 19]; 2005. Disponível em: http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/CanMeds.pdf
40. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, et al; Working Group on Curriculum Review. *CanMEDS- Family Medicine* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Set 16]. Disponível em: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds_FM_Eng.pdf
41. Bomfim ALB. *Macrocompetências para o currículo dos programas de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza/CE* [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará [Internet]; 2014 [acesso 2017 Set 16]. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFC_Andr%C3%A9%20Lu%C3%ADs%20Benevides%20Bomfim_0.pdf

42. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et al. Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review – Part 1. Ottawa: The College of Family Physicians of Canada 2011 [Internet]. [acesso 2018 Jan 19]. Disponível em: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/WGCR_TripleC_Report_English_Final_18Mar11.pdf
43. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
44. Heyrman J, ed. EURACT Educational Agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice EURACT; 2005.
45. Flum E, Berger S, Szecsenyi J, Marquard S, Steinhäuser J. Training standards statements of family medicine postgraduate training - A review of existing documents worldwide. PLoS One [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 16];11(7):e0159906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159906>
46. Schuwirth LWT, Southgate L, Page GG, Paget NS, Lescop JM, Lew SR, et al. When enough is enough: a conceptual basis for fair and defensible practice performance assessment. Med Educ [Internet]. 2002 [acesso 2017 Set 16];36(10):925-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01313.x>
47. Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. Med Educ [Internet]. 2005 [acesso 2017 Set 16];39(3):309-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x>
48. Van Der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. Adv Heal Sci Educ [Internet]. 1996 [acesso 2017 Set 16];1(1):41-67. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00596229> DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00596229>
49. McCoubrie P. Metrics in Medical Education. Ulster Med J [Internet]. 2010 [acesso 2018 Jan 19];79(2):52-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993142/>
50. Murray PM, Valdivia JH, Berquist MR. A metric to evaluate the comparative performance of an institution's graduate medical education program. Acad Med [Internet]. 2009 [acesso 2017 Set 16];84(2):212-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174668> DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181939705>
51. Asch DA, Nicholson S, Srinivas S, Herrin J, Epstein AJ. Evaluating Obstetrical Residency Programs Using Patient Outcomes. JAMA [Internet]. 2009 Sep 23 [acesso 2017 Mar 18];302(12):1277. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.1356>
52. Klessig JM, Wolfsthal SD, Levine MA, Stickley W. A Pilot Survey Study to Define Quality in Residency Education. Acad Med [Internet]. 2000 [acesso 2018 Jan 19];75(1):71-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10667880> DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200001000-00018>
53. Dijkstra J, van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. A new framework for designing programmes of assessment. Adv Heal Sci Educ [Internet]. 2010 [acesso 2018 Jan 19];15(3):379-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9205-z>
54. Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, Kirk LM, Norcini JJ, Simons KB, et al. Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? Med Educ [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 16];49(11):1086-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12831>
55. Ten Cate O. Entrustment as Assessment: Recognizing the Ability, the Right and the Duty to Act. J Grad Med Educ [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 16];8(2):261-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-16-00097.1>
56. Ribeiro MTAM. Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará [Internet]; 2009 [acesso 2017 Set 16]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7044>
57. de Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [acesso 2017 Set 16];33(2):211-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200008&lng=pt&nrm=iso&tng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200008>
58. Brasil. Lei no. 12871, de 22 de out. 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 [Internet]; 2013 [acesso 2017 Set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
59. Leung FH, Herold J, Iglar K. Family Medicine Mandatory Assessment of Progress. Can Fam Physician [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 19];62(5):e263-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865355/>
60. Lima VV. Espiral construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 16];21(61):421-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>
61. Hernández F, Ventura M. A Organização do Currículo por Projetos de Trabalho: O Conhecimento é Um Caleidoscópio. Porto Alegre: Pensa [Internet]; 2017 [acesso 2017 Set 16]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PkVXDgAAQBAJ>

O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade

The challenge of change: the curricular transformation of Family and Community Medicine Residency Program

El desafío del cambio: la transformación curricular de un Programa de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad

Natalia Madureira Ferreira^a

Gustavo Tenorio Cunha^b

Nicole Geovana Dias^a

^a Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia, MG, Brasil.
nataliamadureira@ufu.br (*Autor correspondente*); nicole.geovana@ufu.br

^b Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.
gustavotc9000@gmail.com

Resumo

Introdução: Um dos eixos centrais do Programa Mais Médicos para o Brasil prevê a reestruturação nas residências de Medicina de Família e Comunidade do país, de modo que elas estejam adequadas à nova legislação, sendo pré-requisito para as demais residências médicas do país. Para esta mudança, é necessário que os programas existentes adaptem os seus programas de modo que estes estejam em consonância com o que se espera de um Médico de Família e Comunidade. **Objetivo:** Analisar a experiência da Universidade Federal de Uberlândia e a metodologia utilizada na reforma curricular do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Métodos:** Estudo de caso com análise documental sobre o produto, atas e demais documentos construídos durante as três oficinas de reforma curricular executadas, além dos marcos regulatórios. **Resultados:** A metodologia utilizada nestas oficinas englobou o Arco de Maguerez como estratégia problematizadora que dialoga com a Pedagogia Progressista de Paulo Freire. Para participar das oficinas, foram convidados residentes, gestor, preceptores e docentes. Trabalhou-se com a matriz de planejamento estratégico Análise FOFA (Fortaleza, Oportunidade, Fraqueza e Ameaça) para realizar o diagnóstico situacional do programa; elencaram-se ainda os estágios a serem desenvolvidos, bem como os princípios pedagógicos utilizados e as ferramentas avaliativas. **Conclusão:** Observou-se uma mudança significativa no programa da residência com envolvimento principalmente de preceptores e residentes engajados na implementação desta nova proposta. Os desafios encontrados foram parcialmente superados, porém ainda existem questões relacionadas principalmente à dinâmica ensino-serviço que precisa ser melhor estruturada para a efetivação do novo programa.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Internato e Residência; Educação Médica

Como citar: Ferreira NM, Cunha GT, Dias NG. O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1600](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1600)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.627.889 (UFU), aprovado em 05/07/2016.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/08/2017.
Aprovado em: 24/01/2018.

Abstract

Introduction: One of the central axes provided by the Mais Médicos (More Doctors) Program to Brazil foresee the restructuring of Family and Community Medicine residencies in the country, so they could fit the new legislation, being a prerequisite for other medical residencies in the nation. For this change, existing programs need to tailor their programs so that they are in line with what is expected of a Family and Community Physician. **Objective:** To analyze the experience of the Federal University of Uberlândia and the methodology used in the curriculum reform of the Residency Program in Family and Community Medicine. **Methods:** Case Study with documental analysis about the product, minutes and other documents built during the three workshops of curriculum reform implemented, beyond the regulatory milestones. **Results:** The methodology used in these workshops embodied the Arch of Magueres as a problematizing strategy that dialogues with the Progressive Pedagogy of Paulo Freire. In order to participate in the workshops, residents, managers, preceptors and teachers were invited. We worked with the strategic planning matrix Analysis SOWT (Strength, Opportunity, Weakness and Threat) to carry out the situational diagnosis of the program; the stages to be developed, as well as the pedagogical principles used and the evaluation tools were also mentioned. **Conclusion:** There was a significant change in the residency program, mainly involving preceptors and residents engaged in the implementation of this new proposal. The challenges encountered were partially overcome, but there are still issues related mainly to the teaching-service dynamics that needs to be better structured for the implementation of the new program.

Keywords: Family Practice; Internship and Residency; Education, Medical

Resumen

Introducción: Uno de los ejes centrales del Programa Mais Médicos para Brasil prevé la reestructuración de las residencias de Medicina de Familia y Comunidad en el país, de modo que ellas sean adecuadas a la nueva legislación, siendo requisito previo para acceder a las demás residencias médicas del país. Para este cambio, es necesaria una adaptación de los programas existentes para que estén en consonancia con lo que se espera de un Médico de Familia y Comunidad. **Objetivo:** Analizar la experiencia de la Universidad Federal de Uberlândia y la metodología utilizada en la reforma curricular del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad. **Métodos:** Estudio de caso con análisis documental sobre el producto, actas y demás documentos construidos durante los tres talleres de reforma curricular ejecutados, además de los marcos regulatorios. **Resultados:** La metodología utilizada en estos talleres englobó el Arco de Magueres como estrategia problematizadora que dialoga con la Pedagogía Progresista de Paulo Freire. Para los talleres fueron invitados residentes, gestores, preceptores y docentes y se trabajó con la matriz de planificación estratégica Análisis FODA (Fortaleza, Oportunidad, Debilidad y Amenaza), para realizar el diagnóstico situacional del programa, se enumeraron las etapas a ser desarrolladas así como los principios pedagógicos utilizados y las herramientas de evaluación. **Conclusión:** Se observó un cambio significativo en el programa de la residencia con involucramiento principalmente de preceptores y residentes comprometidos en la implementación de esta nueva propuesta. Los desafíos encontrados fueron parcialmente superados, pero todavía existen cuestiones relacionadas principalmente con la dinámica enseñanza-servicio que necesita ser mejor estructurada para la efectuar del nuevo programa.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Internado y Residencia; Educación Médica

Introdução

Em julho de 2013, é publicada medida provisória que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil, abrangendo três esferas de atuação: autorização do funcionamento dos cursos privados de medicina que passa a ser realizado por meio de chamamento público; formação do médico no Brasil, que passa a contar obrigatoriamente com um segundo ciclo de formação exclusivo na atenção primária; e o provimento de médicos por edital em que podem se inscrever médicos brasileiros e médicos estrangeiros, além da cooperação internacional.¹

Em outubro do mesmo ano, a medida provisória é transformada em lei e a regulamentação acerca da formação médica sofre algumas alterações: a obrigatoriedade do cumprimento de 30% da carga horária de dois anos do estágio supervisionado na atenção primária e nos serviços de urgência do SUS; a necessidade de que os programas de residência médica ofertem anualmente número de vagas equivalente ao número de egressos da graduação em medicina do ano anterior; a obrigatoriedade da conclusão do primeiro ano de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para ingresso nas residências de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Medicina Preventiva e Psiquiatria; e a necessidade de um ou dois anos (dependendo da regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica) concluídos do

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) para ingresso nas outras residências médicas, excetuando-se as de acesso direto, com meta prevista para ser alcançada em 31 de dezembro de 2018.²

Essa reestruturação na formação médica, ao mesmo tempo em que valoriza sobremaneira a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, lança um grande desafio para os programas de residência da área: adequar seus programas às especificidades exigidas pela Comissão Nacional de Residência Médica comportando um número muito maior de médicos residentes. Além disso, vale ponderar que os PRMMFC têm como cenário de prática prioritário a rede de atenção primária dos municípios onde estão instalados, o que necessariamente significa uma articulação entre o ensino e o serviço para que as metas sejam alcançadas.

É justamente dentro deste contexto que a necessidade de reestruturação dos PRMMFC se apresenta. Acompanhando as mudanças estruturais da Rede de Atenção à Saúde, com a priorização do cenário da Saúde da Família e impulsionada por mudanças no processo de formação do médico, tanto na graduação quanto na residência médica, é essencial que os programas se adaptem às novas necessidades apresentadas. Importante ressaltar que estas necessidades são reflexo de uma sincronicidade entre Ministérios da Saúde e da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) expressa pela Resolução 01 de 2015 da CNRM.^{3,4}

Dentro desta perspectiva, o presente estudo se coloca como uma, dentre as muitas possíveis estratégias para a consolidação de transformações estruturais nos PRMMFC, buscando um meio termo entre as novas necessidades regulamentadas e a realidade previamente existente dentro do contexto histórico-político da especialidade de Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Métodos

Este estudo é uma análise do processo de transformação curricular do PRMMFC da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) frente à necessidade da instituição em adequar o seu respectivo programa aos novos marcos regulatórios, bem como qualificar o documento que norteia suas ações adequando-o às recomendações da SBMFC para a formação da especialidade.

Constituiu-se por meio de uma metodologia qualitativa de pesquisa o que, segundo Minayo,⁵ significa o desafio de criar teorias e instrumentos que se aproximem da suntuosidade que é a vida humana em sociedade, ainda que com suas muitas limitações. O percurso teórico-metodológico fundamenta-se no estudo de caso, que é um meio de organizar dados preservando no objeto estudado a sua característica unitária.⁶ Para Yin,⁷ o estudo de caso é mais apropriado para responder questões de “como” e “por que”, além disso, assim como os experimentos, é generalizável às proposições teóricas e não às populações. A meta, neste sentido, não será a amostragem, mas a generalização de teorias (generalização analítica) que podem ser aplicadas em outros cenários.

Para a coleta de dados, foram utilizados: os documentos (plano de estágio, programa e instrumento avaliativo) previamente existentes do PRMMFC; atas e relatórios produzidos durante as oficinas de reestruturação curricular, realizadas entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, e o Programa de Residência finalizado após a realização completa da intervenção. Foi realizada, então, uma análise

documental que abarcou inclusive o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a Resolução 01/2015 da CNRM.

Foram observados e seguidos todos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, II.4) da Declaração de Helsinki, com aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - parecer número 1.627.889 e colhido o Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes que optaram em participar das oficinas.

Resultados e discussão

Para a transformação curricular, foram propostas três oficinas para as quais foram convidados residentes de MFC do primeiro e segundo ano, preceptores MFC dos estágios nas Unidades Básicas de Saúde da Família, docentes do Departamento de Saúde Coletiva (DESCO) da UFU e a coordenação da Atenção Primária do Município.

A proposta metodológica das três oficinas realizadas se baseou nos princípios do Arco de Magueres como estratégia para a metodologia problematizadora, que seguem as seguintes características: 1 – Partir da observação da realidade para a identificação de um problema; 2 – Refletir sobre os possíveis determinantes do problema e escolher os pontos-chave do estudo; 3 – Teorização sobre os pontos-chave; 4 – Elaboração de hipóteses de solução e 5 – Aplicação das hipóteses de solução à realidade.⁸ Desta maneira, essa metodologia estimula o pensamento crítico sobre os problemas concretos do cotidiano no intuito de transformação da realidade em que o indivíduo está inserido, permitindo, assim, a construção de uma educação crítica e reflexiva, na qual os atores da mudança curricular sejam parte integrante da transformação desejada.

O Arco de Magueres dialoga com a Pedagogia Progressista de Paulo Freire⁹ em que a prática pedagógica é crítica e reflexiva e, além disso, é um ato de transformação social. Sendo assim, o processo pedagógico é um ato coletivo e os atores envolvidos (residentes, preceptores, gestores, docentes, etc.) precisam fazer parte da mudança, sentindo-se representados no produto final. Isto permite que todos sintam-se parte da transformação e responsabilizem-se pela sua consolidação, uma vez que os problemas encontrados no seu cotidiano que serão transformados.⁹

Oficina 01 – Diagnóstico Situacional

Utilizou-se o panorama sobe e desce como dinâmica inicial para elencar as percepções positivas e negativas acerca da residência. Esta ferramenta é uma técnica que objetiva identificar fatores motivadores (SOBE), e desmotivadores (DESCE), de participação/atuação em algum curso/cenário de trabalho/dentre outros, no qual *post-its* de duas cores diferentes são distribuídos aos participantes para que estes possam listar, a partir de suas experiências, fatores de motivação e desmotivação na participação ou execução de determinada ação/atividade. Esse método é muito útil, também, para comparação e avaliação de processos de ensinagem, ao dar parâmetros avaliativos iniciais e finais.¹⁰ A pergunta norteadora foi: o que te motiva e te desmotiva na residência? Observamos abaixo o produto desta atividade na primeira oficina (Quadro 1):

Após a conclusão da atividade, desenvolveu-se um planejamento participativo através da Matriz Análise FOFA. O nome FOFA é derivado da intersecção que é feita das FORÇAS, OPORTUNIDADES,

Quadro 1. Panorama Sobe e Desce da Oficina 01.

SOBE	DESCE
Troca de Saberes	Burocracia
Possibilidade de Aprender	Falta de compromisso
Muitas possibilidades	Pouca governabilidade
Aprendizado	Salário
Troca de experiências	Falta de preceptoria
Planejamento conjunto	Estágios “soltos”
Possibilidade de qualificar a rede e fazer inovações	Não concordância ou compreensão com o papel do residente
Estar em construção	Falta de projeto pedagógico
Espaços protegidos: Tenda Invertida/ Reunião Clínica	Pouca ênfase na comunidade e interssetorialidade
Agenda “Flexível”	Atraso no cronograma
Nova coordenação	Dificuldade pactuação entre SMS e Universidade
Mais preceptores	Meta
Médicos de Família como professores do DESCO	Infraestrutura - espaço físico pequeno na Unidade
Maior prática e autonomia – mais atendimentos quando comparada com outras residências	Gastos para estar na UBSF: alimentação, gasolina, etc.
Tempo de Estudo	Alcançar os objetivos de aprendizagem para MFC
Formação de novos especialistas em MFC	

FRAQUEZAS e AMEAÇAS com as quais a instituição/programa/equipe tem que lidar. Esta matriz cruza os cenários pra saber quais serão os objetivos estratégicos da instituição/equipe/programa com menor chance de falha.¹¹ Quando definimos os cenários, eles são separados em: internos e externos. Os internos são aqueles influenciáveis pela instituição/programa/equipe: força - elementos da instituição considerados vantajosos e fraquezas - pontos da instituição que devem ser melhorados. Os externos são situações não influenciáveis pela instituição: ameaças - elementos que dificultarão a execução ou o sucesso do empreendimento e oportunidades - elementos apoiadores para alcançar o objetivo. Objetivos estratégicos são as ações necessárias para alcançar determinado resultado.¹¹

A terceira e última etapa da primeira oficina, após a identificação do objetivo estratégico, seria a leitura dos novos marcos regulatórios da Residência de Medicina de Família e Comunidade, bem como os prazos estabelecidos para alcançar a proposta elencada na Lei do Mais Médicos¹² e na Resolução 01 de 2015 da CNRM.²

Quando observamos a ata da primeira oficina realizada, percebemos que a introdução com o panorama sobe e desce foi suficiente para introduzir a discussão sobre fatores positivos e negativos da residência, auxiliando na elaboração das forças e fraquezas da matriz FOFA. Observou-se que devido às motivações e desmotivações estarem relacionadas a fatores internos da residência, a proposta de realização de avaliação dos fatores externos com o uso da metodologia FOFA foi descartada pelos participantes.

Outro dado interessante é que os participantes identificaram como fraqueza central ou nó crítico do programa a ausência de um perfil do egresso desta residência e propuseram a elaboração de uma “imagem-objetivo” ou a construção de um perfil ideal sobre o qual toda a construção pedagógica do currículo deveria estar estruturada. Esta etapa de construção da imagem-objetivo foi fundamental para que o delineamento do programa de residência fosse realizado seguindo um eixo norteador claro para todos os participantes da reforma curricular. Pode-se observar no quadro 2 a consolidação do perfil almejado:

Quadro 2. Produto da Oficina 01 – Perfil Esperado do Médico de Família Egresso do PRMMFC/UFU.

Espera-se que ao término deste Programa de Residência em Medicina de Família o médico seja capaz de:

- Comprometer-se com a construção do Sistema Único de Saúde, compreendendo suas nuances, limitações e fortalezas;
- Pensar o indivíduo inserido em um contexto familiar, comunitário, social e histórico que influenciam diretamente sua condição de saúde, bem como sua qualidade de vida, entendendo que a clínica precisa ser ampliada para ser resolutive;
- Trabalhar com equipes interprofissionais, tornando-se parte integrante da equipe, valorizando e respeitando as opiniões dos outros profissionais de saúde e compartilhe responsabilidades e decisões;
- Entender que o Brasil e o mundo, por apresentarem contextos e realidades diferentes, apresentam necessidades em saúde diferentes. Sabendo, assim, adaptar-se às necessidades e peculiaridades locais, regionais e culturais, como territórios rurais, quilombolas, indígenas;
- Compreender a forma como são elaboradas e implementadas as políticas públicas de saúde e a si mesmo como agente construtor dessas políticas;
- Exercer continuamente a educação permanente, mantendo-se tecnicamente atualizado e disponível para implementar inovações tecnológicas (tecnologias leves, leves-duras e duras);
- Problematizar baseado em novas evidências, ocorrências ou divergências em relação à saúde da população. Pensando criticamente as atualizações científicas;
- Perceber que as políticas de equidade são uma ferramenta importante na garantia do acesso e da qualidade do atendimento a minorias populacionais, devendo estar preparado a dialogar e fortalecer a inclusão desses grupos no cuidado à saúde;
- Aplicar conhecimentos relativos a práticas integrativas e complementares, bem como instrumentos da educação popular nas atividades diárias.

Contribuições – A utilização de uma metodologia estruturada, que permitiu identificar os fatores motivadores e desmotivadores, possibilitou que os participantes tivessem clareza sobre aspectos positivos e negativos em relação ao tema abordado, direcionando e ampliando o olhar sobre o programa. A matriz FOFA foi também um ponto considerado facilitador, visto que permitiu que muitas das dificuldades encontradas no processo de planejamento fossem abordadas de maneira estruturada. Possivelmente pela sua estrutura visualmente simples, sem muitas etapas para elucidação, é uma ferramenta facilmente aplicável em planejamento de grupos.

Limites – O panorama sobe e desce deu margem para que cada participante inferisse sobre seu elemento motivador e desmotivador a partir do seu cenário. Isso trouxe uma variação na leitura da atividade, permitindo, ao mesmo tempo, que as pessoas fossem bem específicas ou bem genéricas, ressaltando a heterogeneidade do grupo. Outro limite da ferramenta é que alguns dos elementos do “desce” são informações sobre os quais o grupo não tem governabilidade e acabam se tornando “queixas sem solução”, o que pode gerar frustrações ou sensação de “não ser ouvido” por parte dos participantes. Em relação à matriz FOFA, a presença de poucos membros externos (docentes, gestores, residentes de outros programas ou preceptores de outros estágios) ao programa prejudicou a elaboração das Oportunidades e Ameaças (fatores externos da matriz). No Quadro 3 observa-se o esquema da matriz FOFA produzida:

Oficina 02 – Estágios

Primeiro momento – discussão da relatoria realizada da oficina 01 encaminhada previamente por e-mail para ser aprovada. Discussão e aprofundamento teórico sobre a Lei do Mais Médicos,¹² Resolução 01 de 2015 da CNRM² e Currículo Baseado em Competência da SBMFC.¹³ Segundo momento – destinado à discussão dos cenários de prática existentes (incluindo os objetivos pedagógicos e competências desenvolvidas em cada estágio), cenários de prática necessários para o desenvolvimento do perfil do

Quadro 3. Produto da oficina 01 – Matriz FOFA.

Força (Ajuda – Fatores Internos)	Fraqueza (Atrapalha – Fatores Internos)
Tempo de supervisão dos residentes Apoio do Departamento de Saúde Coletiva Interesse dos residentes Mudança do Currículo Contato do estudante de graduação com o residente	Pouco tempo para a residência por parte dos supervisores Pouco tempo destinado para a preceptoria Não preenchimento das vagas Pouca visibilidade/desconhecimento da residência Ausência de Programa/Projeto da residência Falta de Clareza do Perfil do Egresso
Oportunidades (Ajuda – Fatores Externos)	Ameaças (Atrapalha – Fatores Externos)
COAPES Curso de Capacitação dos Preceptores	

médico de família egresso do programa e seleção de preceptores aptos para recepcionar o residente nestes cenários.

Na segunda oficina, a proposta metodológica foi adequada de acordo com o produto da primeira, de maneira que a proposta apresentada ao grupo foi de discussão dos marcos regulatórios da residência e estruturação dos estágios e cenários de prática baseado no documento Currículo Baseado em Competências da SBMFC.¹³ A proposta foi rejeitada, de modo que a avaliação dos estágios e cenários de prática já existentes foram discutidos, tendo como foco o perfil esperado do residente egresso.

Elemento que dificultou a resolutividade desta oficina foi a ausência de participantes da gestão municipal. A experiência individual de cada residente, bem como a avaliação subjetiva de preceptores, foi considerada nesta etapa, tendo como perspectiva as competências esperadas no desenvolvimento de cada estágio e o perfil de egresso desejado.

Contribuições – O respeito à decisão do grupo de não fazer aprofundamento teórico e/ou político no espaço foi importante para solidificar o caráter colaborativo e respeitoso do processo de transformação curricular, auxiliando principalmente no manejo de conflitos e na dissolução dos pontos de tensão. Outro fator importante foi abrir um espaço para avaliação e escuta das dificuldades que os residentes encontraram nos cenários de prática que existiam, bem como nas limitações dos preceptores envolvidos com processo formativo.

Estágios que não apresentavam objetivos pedagógicos claros e/ou preceptores que não compreendiam seu papel de mediador do conhecimento puderam ser expostos em um ambiente seguro. Não estava previsto, até o momento, espaços de avaliação, por parte dos preceptores e residentes, do programa ou mesmo da estrutura dos estágios. Permitir o diálogo com uma escuta amorosa e respeitosa foi fundamental para que todos colaborassem no sentido de efetivamente construir um programa que avançasse.

Limites – A ausência de uma metodologia estruturada para que a escuta pudesse ser mais objetiva e com critérios mais específicos. Não foi elaborado um documento ou instrumento que auxiliasse no processo avaliativo e, talvez por este motivo, muitas das queixas e avaliações negativas por parte dos residentes ficaram restritas a experiências pessoais. Além disso, um processo avaliativo regular e estruturado permitiria uma avaliação seriada e também formativa tanto do cenário quanto dos preceptores que ali atuam, possibilitando um *feedback* que qualificasse o serviço e o seu objetivo pedagógico. Outro limite importante foi a ausência de preceptores de outras especialidades para fazer o contraponto em relação à avaliação realizada pelos residentes.

Oficina 03 – Avaliação

Discussão sobre avaliação formativa e apresentação de algumas metodologias avaliativas destinadas a estágio em serviço.

Na terceira e última oficina, após reavaliação da metodologia inicialmente desenhada, foi proposto ao grupo a leitura dos documentos regulatórios da residência, discussão de metodologias de avaliação de cenários de prática previamente selecionados e estruturação da metodologia avaliativa do programa de residência. A proposta foi aceita pelos participantes e foi feita a leitura dos documentos: Resolução 01 de 2015 da CNRM² e Currículo Baseado em Competência da SBMFC.¹³ Foram apresentadas, após a discussão dos documentos, as metodologias avaliativas que haviam sido propostas levando-se em conta a experiência em outros programas de residência de Medicina de Família do Brasil: preceptoria minuto, técnicas de *feedback*, avaliação 360, portfólio, Mini-CIEX, prova discursiva e múltipla escolha.¹⁴⁻¹⁹

Contribuições – A estruturação da metodologia avaliativa e a participação de preceptores e residentes neste processo contribuiu em muito para a compreensão dos mesmos sobre o que se espera de cada ator, bem como a percepção do processo formativo vinculado à proposta avaliativa. Além disso, o Currículo Baseado em Competências deixou claro a todos os participantes o que se espera que seja desenvolvido em cada estágio, permitindo para a supervisão, preceptoria e residentes um alinhamento em relação aos objetivos do estágio coerentes com as atividades desenvolvidas e a metodologia avaliativa utilizada.

Outro elemento importante é que grande parte dos participantes, à exceção dos docentes, não conhecia as metodologias propostas e precisaram se apropriar não somente das ferramentas em si, mas do que se pretende em relação à competência avaliada. É importante que o residente e o preceptor se empoderem sobre o processo avaliativo, de aprendizagem e sejam atores ativos de seu próprio aprender.

Limites – Apesar de bastante produtiva, a oficina não preparou uma metodologia para introduzir os conceitos abordados sobre avaliação. Equivocadamente, partiu-se do pressuposto de que os participantes já dominavam metodologias e uma compreensão acerca da avaliação. A apresentação dos métodos e seus objetivos poderia ter sido realizada com metodologias ativas que permitissem aos participantes construir seus próprios conceitos sobre processo avaliativo e a melhor metodologia a ser aplicada em cada cenário ou momento.

Apesar de todas as oficinas terem sido preparadas e sua metodologia pensada previamente, ter flexibilidade para adaptar metodologia e conteúdo às necessidades dos participantes foi essencial para a continuidade do trabalho. Podemos observar no Quadro 4 algumas das mudanças promovidas pela mudança curricular executada.

Observando as mudanças ocorridas no programa, percebemos uma maior aproximação com a realidade vivenciada na atenção primária. Grande parte dos cenários de prática, inclusive o que demanda atenção especializada, são realizados na rede municipal de saúde. Isso possibilita que o residente, além de vivenciar um serviço que dialoga diretamente com a realidade da atenção primária, possa experimentar os vários pontos da rede de atenção e com isso qualificar a gestão do cuidado. A utilização do Currículo Baseado em Competências da SBMFC como ferramenta norteadora para a estruturação dos planos de ensino dos estágios qualificou os objetivos do mesmo, bem como a proposta das atividades ali desenvolvidas.

Quadro 4. Principais mudanças entre o antigo e o novo programa após a transformação curricular.

	Antes da Transformação Curricular	Depois da Transformação Curricular
Duração	3 anos	2 anos
Cenários de Prática	Ambulatórios dentro do Hospital Clínicas da UFU de: <ul style="list-style-type: none"> • Ginecologia e Obstetrícia • Clínica Médica • Clínica Cirúrgica • Pediatria • Saúde Mental • Saúde Coletiva (UBSF somente no R2) 	Acontece majoritariamente na UBSF com estágios estratégicos em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Mental acontece prioritariamente na Rede Municipal de Saúde
Urgências/Emergência	Realizado dentro do Pronto-Socorro do Hospital de Clínicas da UFU	Realizado nos serviços de Pronto-Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde
Atendimento Especializado	Realizado nos ambulatórios do Hospital de Clínicas da UFU	Acompanhamento do matriciamento realizado na Rede municipal de Saúde e/ou ambulatórios da atenção secundária do município
Estágio Optativo	No R2 (a partir da oferta da residência) e no R3 a ser negociado entre preceptor e residente	No R2 pactuado entre preceptor e residente de acordo com as necessidades do residente e do programa
Outras habilidades que devem ser desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Preceptoría • Gestão • Epidemiologia • Aperfeiçoamento técnico em procedimentos de maior complexidade no R3 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação da epidemiologia aplicada na prática clínica • Iniciação à docência • Gestão da clínica • Aperfeiçoamento técnico ao longo do R1 e R2
Desenvolvimento Teórico	Conteúdo extenso desenvolvido principalmente no R1 e necessidade de entrega de artigo ao final do programa	Conteúdo teórico aplicado através de reuniões clínicas com metodologia ativa e não há necessidade de entrega de artigo para publicação
UBSF e Preceptoría	Volante: de maneira que o residente ficaria rodiziando entre preceptores e UBSFs	Residente fica vinculado a um preceptor e equipe durante os dois anos
Supervisão	Introdução do <i>mentoring</i> /tutoria como estruturação pedagógica para a supervisão	Reuniões clínicas semanais com preceptores, residentes e docentes; Tenda invertida semanal realizada pelos docentes nas UBSFs e avaliação realizada pelos docentes e preceptores
Propostas inovadoras	Estímulo à produção científica e desenvolvimento de habilidades técnicas como radiologia e cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Estágio no ambulatório para população transespecífica • Implementação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas atividades da residência • Estágio em Medicina Rural e com populações vulneráveis (assentamentos) • Estágio no Serviço de Referência a Atendimento de Mulheres e Meninas Vítimas de Violência Sexual

Isto deixa claro para preceptores e residentes o que se espera de cada um e qual a competência que o estágio precisa desenvolver, tornando as atividades e a metodologia avaliativa coerentes com os objetivos inicialmente propostos. Além disso, fica evidente para supervisores, preceptores, residentes e gestores qual o consenso da especialidade sobre a formação dos seus especialistas, norteador ações e pactuações com a rede municipal. Inclusive tornando claro para outras especialidades médicas e gestores municipais quais competências o MFC tem capacidade de realizar e que, portanto, podem ser incluídas na oferta da atenção primária municipal.

Outro fator relevante é que o Currículo Baseado em Competências da SBMFC amplia o olhar institucional sobre a MFC, permitindo que outras especialidades e estudantes compreendam que esta residência desenvolve competências que não são adquiridas na graduação e que, portanto, não é uma junção de estágios nas diversas clínicas (Cirurgia, Médica, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria), mas que trabalha com um outro paradigma de cuidado.

Um elemento muito importante quando pensamos este processo de reforma curricular, que talvez tenha sido o decisório no sentido de operacionalizar as propostas e efetivar as mudanças, foi a presença de uma regulamentação nacional que orientasse o conteúdo da reforma e estabelecesse de maneira clara um prazo para a sua efetivação. Neste sentido a Lei do Mais Médicos e o marco regulatório da CNRM foram decisivos para que tudo o que foi construído pela equipe de reforma curricular pudesse ser aprovado nas instâncias deliberativas institucionais. Além disso, esta política nacional de incentivo à Atenção Primária através da Estratégia de Saúde da Família amplia em muito a capacidade de negociação da supervisão da residência com a rede de saúde do município.

A proposta do COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde²⁰ avança na tentativa de tornar a relação ensino-serviço menos susceptível tanto às mudanças, quanto às influências dos processos eleitorais. Apesar desta ferramenta importante na articulação macropolítica, a efetivação das transformações propostas acontecem no âmbito da micropolítica, das relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos (preceptores, residentes, equipe de saúde, supervisão da residência, coordenadores de distritos sanitários, etc). Desta maneira, quanto mais envolvidos no processo de gestão e construção do programa, mais integrados e alinhados estarão.

A reavaliação sistemática de um projeto pedagógico (programa, plano de ensino ou de estágio) possibilita ajustar o rumo e alicerçar o processo de aprendizagem em bases sólidas e coerentes. A transformação curricular deste programa era iminente e necessária, uma vez que estava defasado e assim possibilitava uma construção prática de estágios em desacordo com a legislação e incoerentes com os objetivos de aprendizagem. O exercício de repensar o projeto político pedagógico, estágios, avaliações e principalmente o perfil do egresso empoderou e ressignificou o trabalho com a residência para preceptores e supervisores.

Para os residentes, participar desta construção coletiva ampliou a compreensão pedagógica da formação em serviço e concedeu uma segurança norteadora sobre o seu processo de aprendizagem. Além disso, possibilitou que cada ator envolvido reavaliasse a sua participação e o seu trabalho com os residentes, qualificando cenários, preceptores e docentes.

Repensar a forma de fazer nos permite não somente mudar o que está ruim, mas também aprimorar e compartilhar boas experiências. A partir das oficinas, observou-se uma necessidade de aperfeiçoamento, por parte da preceptoria, sobre as práticas pedagógicas, desencadeando um curso de preceptoria para os profissionais da rede municipal de saúde envolvidos com a residência e com os estudantes de graduação do curso de medicina.

É fundamental, quando falamos em processo de ensino-aprendizagem, que haja uma sincronia entre o que se pensa dentro das instituições de ensino e o que se pratica no cotidiano das Unidades de Saúde. Realizar a aproximação com o serviço por meio do diálogo franco com preceptores, ouvindo, compartilhando e construindo em conjunto possibilitou um empoderamento por parte dos preceptores do

que a eles era solicitado. Muitas vezes, não se discute as propostas pedagógicas, o que se espera do preceptor e não se dá um *feedback* sobre o trabalho que o mesmo vem desenvolvendo. Convidá-lo para construir o programa permitiu escutar e compartilhar, dentro dos limites de cada ator/cenário, descobrindo como fazer esta construção conjunta.

Considerações finais

Os PRMMFC têm um grande desafio pela frente para se adequarem à nova normatização e também para se ajustarem à ampliação proposta pela Lei do Mais Médicos. Esta expansão, embora necessária, precisa ser realizada com responsabilidade, garantindo a qualidade do ensino e da assistência para usuários do SUS e residentes de MFC. Para isso, entendemos ser fundamental que os programas estejam bem alicerçados em projetos político-pedagógicos coerentes e que a integração ensino-serviço-comunidade esteja bem alinhada para garantir a segurança do usuário e a aprendizagem do residente. Planejar esta mudança de maneira gradativa, iniciando com a reestruturação e/ou adequação dos programas de residência para depois ampliar, parece uma alternativa saudável para que equívocos não sejam perpetuados e magnificados com a expansão. Fazer este processo convidando os atores envolvidos, discutindo com preceptores e gestores a melhor maneira de fazer e utilizando uma metodologia estruturada mostrou-se um caminho inclusivo, empoderador e que compromete seus atores com a transformação planejada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Medida Provisória Nº 621 de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
2. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. CN de RM. Resolução 01 de 25 de maio de 2015. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde. CN de RM. Resolução 01 de 03 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(3):621-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
6. Ventura MM. Pedagogia Médica O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. Rev SOCERJ. 2007;20(5):383-6. [Internet]. [acesso 2018 Feb 2]. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5a ed. São Paulo: Bookman; 2010. 205 p.
8. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semin Ciênc Sociais Hum. 2007;28(2):121-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2007v28n2p121>
9. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 9a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
10. Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis VP, Carvalho Junior PM. Paradigmas e tendências do ensino universitário: a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de formação docente. Interface (Botucatu). 2015;19(53):373-86. [Internet]. [acesso 2018 Feb 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Cunha AS, Leite EB. Percepção ambiental: implicações para a educação ambiental. Sinapse Ambient. 2009;66-79. [Internet]. [acesso 2018 Feb 2]. Disponível em: http://www.pucminas.edu.br/graduacao/cursos/arquivos/ARE_ARQ_REVIS_ELETR20090930145741.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 12.871/2013 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.

13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015;66-8. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
14. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5(4):419-24.
15. Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(4):664-9. [Internet]. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000400018>
16. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(6):777-81. [Internet]. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6876333>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1983.03340060055026>
17. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):148-51. [Internet]. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100019>
18. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3):390-6. [Internet]. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300008>
19. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med*. 2003;138(6):476-81. [Internet]. [acesso 2018 Fev 2]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639081>. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
20. Brasil. Portaria Interministerial 1127 de 04 de agosto de 2015. Brasília: Ministério da Educação/Ministério da Saúde; 2015.

O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

The Competency-based Curriculum of the Residency Program in Family Medicine at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

El Currículo de Competencias del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de la Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Lucas Bastos Marcondes Machado
Carla Cristina Marques
Livia Rodrigues
Stephan Sperling
Nathalia Cardoso Machado
Gustavo Diniz Ferreira Gusso
José Benedito Ramos Valladão Júnior

Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brazil.
lucasbmmachado@gmail.com
(Autor correspondente);
ccmrqs@gmail.com;
liviapagu@gmail.com;
academico.stephan@gmail.com;
nathmcardoso@gmail.com;
gusso.gustavo@gmail.com;
jose.valladao@usp.br

Resumo

Objetivo: Apresentar os passos adotados para a construção de um currículo de competências dentro do programa de residência em medicina de família da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; descrever características e diretrizes fundamentais do currículo de competências relacionadas aos seus três atributos centrais: ferramentas de aprendizado, metodologias docentes e processos avaliativos; e, por fim, descrever comparações do uso de instrumentos de avaliação pelo nosso programa de residência e outras experiências na literatura. **Métodos:** Levantamento e análise das principais experiências internacionais em treinamento de médicos de família; realização de uma série de oficinas e *workshops*; criação de grupos de trabalho com áreas, temas e responsabilidades específicas para estudo, apresentação e definição coletiva. **Resultados:** Elaboração de um currículo de competências apoiado em um modelo quindimensional de competências. **Conclusão:** O estabelecimento de um currículo baseado em competências é vital para organizar o programa de residência. O uso de referenciais internacionais, nacionais e a contribuição das pessoas envolvidas no programa de residência favorecem a organização das competências ao mesmo tempo em que se respeitam as singularidades do programa de residência. Desafios são encontrados para aplicar o currículo na prática do dia-a-dia.

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade

Como citar: Machado LBM, Marques CC, Rodrigues L, Sperling S, Machado NC, Gusso GDF, et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602)

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: 30/08/2017.
Aprovado em: 23/02/2018.

Abstract

Objective: To present the steps taken to build a competency curriculum in family medicine residency program of the within the Medical School of the University of São Paulo; to describe fundamental characteristics and guidelines of the competency curriculum related to its three central attributes: learning tools, teaching methodologies and evaluation processes; and finally, to describe comparisons of the use of evaluation instruments by our residency program and other experiences in the literature. **Methods:** Review and analysis of the main international experiences in training of family physicians; conducting a series of workshops and creation of working groups with specific areas, themes and responsibilities for study, presentation and collective definition. **Results:** Elaboration of a competency curriculum based on a five-dimensional competence model. **Conclusion:** Establishing a competency-based curriculum is vital to in the organization of the residency program. The use of international and national references and the contribution of the people involved in the residence program favor the organization of competences while respecting the singularities of the residency program. Challenges are encountered in implementing the curriculum in the practice of the day.

Keywords: Competency-Based Education; Internship and Residency; Family Practice

Resumen

Objetivo: Presentar los pasos adoptados para la construcción de un currículo de competencias dentro del programa de residencia en medicina de familia de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; describir características y directrices fundamentales del currículo de competencias relacionadas a sus 3 atributos centrales: herramientas de aprendizaje, metodologías docentes y procesos de evaluación; y por último, describir comparaciones del uso de instrumentos de evaluación por nuestro programa de residencia y otras experiencias en la literatura. **Métodos:** Levantamiento y análisis de las principales experiencias internacionales en capacitación de médicos de familia; realización de una serie de talleres; creación de grupos de trabajo con áreas, temas y responsabilidades específicas para estudio, presentación y definición colectiva. **Resultados:** Elaboración de un currículo de competencias apoyado en un modelo de cinco dimensiones de competencias. **Conclusión:** El establecimiento de un currículo basado en competencias es vital para organizar el programa de residencia. El uso de referencias internacionales, nacionales y la contribución de las personas implicadas en el programa de residencia favorecen la organización de las competencias mientras se respetan las singularidades del programa de residencia. Los desafíos se encuentran para aplicar el currículo en la práctica del día a día.

Palabras clave: Educación Basada en Competencias; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria

*“A Medicina de Família e Comunidade
deve dar forma à reforma e não o contrário”
Barbara Starfield¹*

Introdução

A especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) possui princípios e características particulares, que extravasam o âmbito do conhecimento técnico e a normativa habitual das demais especialidades médicas. Seu corpo de saberes advém e tem como centro as pessoas e não os órgãos, sistemas ou doenças, como as demais especialidades médicas.²

Além da capacidade de lidar com problemas indiferenciados em diferentes fases da vida de forma longitudinal e atingir uma alta resolutividade, deve incorporar conhecimentos sobre o território e os diferentes contextos das pessoas (físico, psíquico, social, comunitário), somados à gestão de recursos.³

Dessa forma, definir, implementar, avaliar e garantir o cumprimento da totalidade das competências necessárias à formação do médico de família e comunidade dentro de um Programa de Residência Médica (PRM) não é tarefa fácil. Elaborar um currículo de competências para o PRM em MFC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) só foi possível com a colaboração de especialistas em medicina de família e comunidade envolvidos tanto na assistência quanto no ensino de residentes.

O presente relato de experiência acerca do currículo de competências do PRM em MFC da FMUSP aspira abranger os seguintes objetivos:

- Delimitar o campo de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em medicina de família e comunidade.
- Descrever características e diretrizes fundamentais do currículo de competências relacionadas aos seus três atributos centrais: ferramentas de aprendizado, metodologias docentes e processos avaliativos.
- Implementar processos e estágios formativos que incorporem o conjunto e totalidade das competências definidas.
- Comparar, na medida do possível, os instrumentos de avaliação adotados pelo PRM em MFC da FMUSP com outras experiências na literatura.
- Transmitir as particularidades do especialista em medicina de família e comunidade e da prática clínica em ambiente de atenção primária à saúde.
- Compartilhar um instrumento de aperfeiçoamento clínico-didático do corpo docente e estrutura curricular com outros programas de residência médica.

Percurso Metodológico

As discussões a respeito das competências (conhecimentos, atitudes e habilidades) necessárias para a formação do especialista em medicina de família e comunidade iniciaram-se no ano de 2013 em nosso programa de residência médica.

Para fomentar e embasar as discussões, realizamos um levantamento e análise das principais experiências internacionais com pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade. As referências utilizadas foram experiências em pós-graduação em MFC do Reino Unido,⁴ Portugal⁵ e Espanha.⁶ Selecionamos, devido à proximidade de características à nossa realidade, o Programa de Medicina Familiar e Comunitária Espanhol como principal modelo de currículo de competências a nos orientar.

Seguindo em direção a construção do currículo de competências em Medicina de Família e Comunidade, uma série de passos foram cumpridos (Quadro 1).

Quadro 1. Passos adotados pelo PRM em MFC da FMUSP para a construção do Currículo de Competências.

<p>Delineamento das características e qualidades do Médico de Família e Comunidade</p> <p>Definição das competências necessárias</p> <p>Classificação das competências em níveis de prioridade</p> <p>Classificação dos níveis de atenção à saúde em que se desenvolverá o ensino de cada competência</p> <p>Determinação das metodologias docentes, locais e tempo para o desenvolvimento das competências</p> <p>Organização e implementação dos processos avaliativos</p> <p>Estabelecimento de arranjos institucionais que garantam condições ao cumprimento dos objetivos propostos</p>
--

Foi realizada uma série de oficinas e *workshops* com divisões de grupos de trabalho com áreas, temas e responsabilidades específicas para estudo, apresentação e definição coletiva.

Todo este percurso foi exitosamente percorrido com o envolvimento de 35 especialistas em MFC e 18 residentes da especialidade. O comprometimento e dedicação destes atores, bem como, suas diferentes trajetórias e experiências foram determinantes para se atingir a definição da totalidade das competências almeçadas à formação de excelência em MFC em conformidade com as características e necessidades do médico de família e sistema de saúde brasileiros.

O resultado foi a constituição de um sólido currículo de competências que tem sido utilizado como balizador da formação desde 2014 e se mantém sobre contínuo processo de revisão e aprimoramento.

Discussão

Uma série de requisitos e condições básicas foram alcançados e estabelecidos para o desenvolvimento e implantação de nosso currículo de competências. Entretanto, o principal desafio foi transformar em realidade as informações e conclusões resultantes do processo de revisão, discussão, oficinas e *workshops* realizados.

Há chance razoável de que um currículo de competências seja construído e escrito, mas que isto não se converta em uma transformação na prática. Por isto, especial cuidado foi e vem sendo dado para que progressivamente o currículo de competências faça parte real do PRM.

A transformação e modelagem dos processos formativos (métodos docentes, ferramentas de aprendizado, recursos avaliativos) de acordo com as competências definidas é determinante para o sucesso na aplicação de um currículo de competências. Quanto mais o programa formativo se adequa com as competências estipuladas a serem alcançadas, mais rapidamente se dará sua substituição ao modelo de ensino prévio.

A partir destas considerações, queremos deixar evidente que, para além da documentação das competências, há a necessidade de um esforço integrador ao programa formativo para tornar o currículo de competências uma realidade. Com esta finalidade, propomos e recomendamos o reconhecimento de cinco diferentes dimensões das competências para a construção de um currículo de competências no ensino médico (Quadro 2). A criação e respeito a esta premissa foram decisivos para o sucesso de desenvolvimento do currículo em nossa experiência.

Quadro 2. Proposta de 5 dimensões de competências para o ensino médico

Classe da competência: conhecimento, habilidade, atitude.

Área da competência: competência em formação e pesquisa, competências centrais, competências clínicas.

Grau de prioridade*: competências indispensáveis, importantes, complementares.

Nível de atenção à saúde atribuível*: primário, secundário, terciário.

Processo: metodologia docente, aprendizado e suas ferramentas, recursos avaliativos.

Proposta inspirada na revisão das referências.⁴⁻⁷

* Adaptado de Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Espanha).⁶

A arquitetura necessária para a construção e manutenção do nosso currículo de competências orienta-se, assim, por estas cinco dimensões, esquematicamente apresentadas na Figura 1.

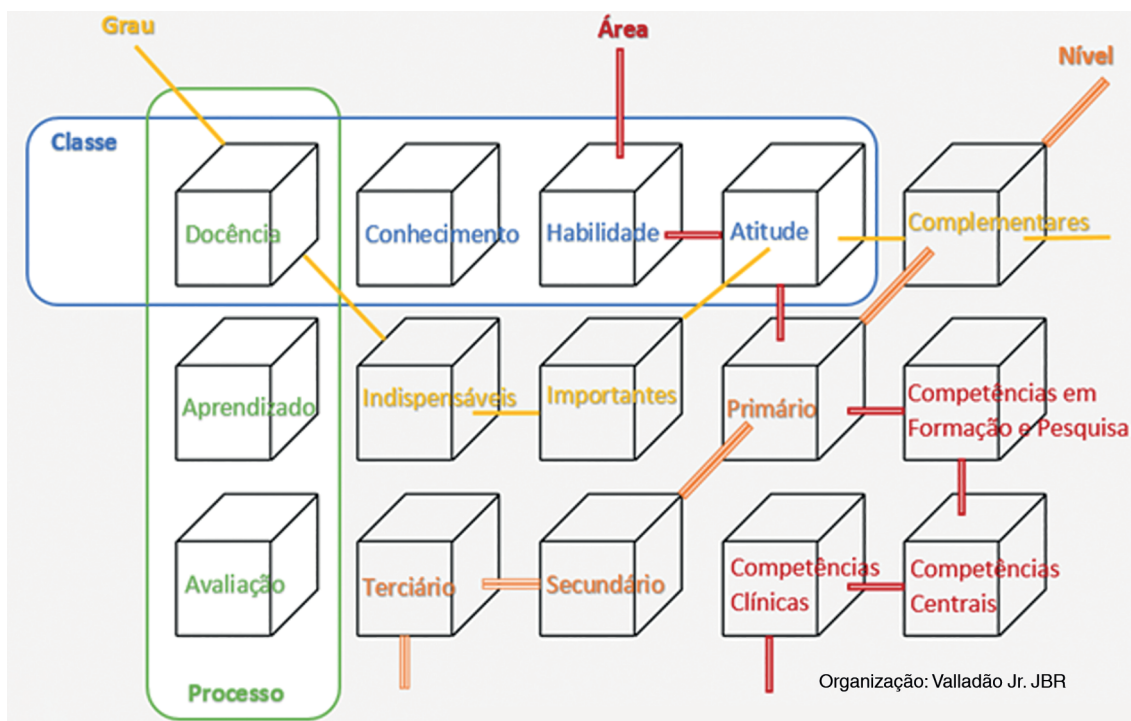


Figura 1. Proposta quintidimensional para as competências no ensino médico.

A observação e compreensão das conexões e complementaridades destas dimensões é fundamental para se erigir alicerces de sustentação ao currículo, garantir a adequada aquisição de competências pelos residentes e a excelência do PRM.

Ante estas considerações, realizaremos a exposição das especificidades de cada uma destas dimensões.

1. Classe da competência

As competências são classicamente divididas em conhecimento, habilidade e atitude.⁷ A conjunção destas características envolve: saber (deter o conhecimento técnico-teórico), saber fazer (deter a habilidade), saber ser (deter atitudes profissionais próprias da especialidade, incorporando motivação, reconhecimento de oportunidade de intervenção e meios necessários para fazê-la).

Assim, nem apenas acusar conhecimento formal sobre determinado aspecto, nem conseguir executar satisfatoriamente algum procedimento, isoladamente, acusam uma competência adquirida.

2. Área da competência

Com a finalidade de organizar os métodos de ensino-aprendizagem, dividiu-se as competências nas seguintes áreas:

- Área de competência em formação e pesquisa: envolve a importância da capacidade formativa do residente (estabelecer plano pessoal de formação, reconhecer e trabalhar deficiências, refletir sobre a prática, sugerir melhorias do processo docente, participar em atividades didáticas, entender a importância de manter formação contínua), além de competências em pesquisa (saber ler e interpretar artigos científicos criticamente, ser capaz de formular questionamentos, fazer buscas bibliográficas, desenvolver estudos).
- Área de competências centrais (ou nucleares): incorpora apenas as competências mais imprescindíveis, sendo compostas por: gestão da clínica, habilidades de comunicação, registro clínico ambulatorial e epidemiologia clínica.
- Área de competências clínicas: compreende os principais problemas em saúde e aspectos importantes da atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade.

3. Grau de prioridade

As competências também foram divididas em três graus de prioridade:

- Competências Indispensáveis: a serem adquiridas por todos os residentes.
- Competências Importantes: a serem adquiridas pela maioria dos residentes.
- Competências Complementares: a serem adquiridas de forma adicional conforme atingidas todas as competências anteriores (indispensáveis e importantes).

4. Nível de atenção à saúde atribuível

Conforme a competência específica, deverão ser atribuíveis um ou mais níveis de atenção à saúde nos quais serão desenvolvidas as estratégias para aquisição da competência almejada. Determina-se a seguinte participação dos três níveis de atenção à saúde nos processos de ensino-aprendizagem dentro do PRM em MFC da FMUSP:

- Nível Primário: corresponde ao nível de atenção à saúde de responsabilidade do MFC, sendo esperado que chegue a resolução dos problemas em cerca de 90% dos casos.
- Nível Secundário: compreende os problemas que necessitarão de avaliação de outro especialista durante o seu curso.
- Nível Terciário: problemas cuja responsabilidade é de outros especialistas e o MFC atuará como suporte ao paciente e família, garantindo a coordenação e a continuidade dos cuidados dos diferentes profissionais implicados.

5. Processo

A dimensão processual das competências é a responsável pela edificação e domínio dos saberes almejados. Seus alicerces baseiam-se na integração de três vertentes:

- Docência: moldar métodos e ferramentas docentes às necessidades de transmissão e aquisição das competências definidas.

- **Aprendizado:** acompanhar aprendizagem de todos os conteúdos em conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à formação em excelência do MFC, retroalimentando o processo de docência.
- **Avaliação:** permitir, de forma longitudinal, a autoavaliação do residente, sua avaliação pelo corpo docente, sua avaliação dos tutores, estágios, cursos e aulas.

A seguir, detalharemos estes três componentes do processo, pela sua importância na implementação prática do currículo de competências. Vamos focar em especial sobre a vertente da avaliação, pois esta é essencial para o contínuo aprimoramento do programa.

Docência

A partir das competências previamente firmadas para se desenvolver os conhecimentos, habilidades e atitudes de um médico de família, as atividades docentes serão ajustadas de forma personalizada conforme as necessidades de cada residente. Há, dessa maneira, certa flexibilidade dos métodos docentes, respeitando-se as competências pré-estabelecidas, o que permite a cada Unidade Básica de Saúde (UBS) buscar as melhores alternativas de formação.

Uma adequada proporção de docentes é vital para sucesso do programa formativo. A realização do estágio longitudinal em Atenção Primária nas UBSs é realizada a partir de um tutor em cada equipe de Estratégia Saúde da Família com até dois residentes em cada equipe. O residente ficará na equipe de seu tutor principal. Utilizamos o termo tutor em nosso programa de residência com o mesmo significado que preceptor na maioria dos programas; o nosso preceptor é um assistente da supervisão do programa, mais envolvido na organização de grade de aulas e estágios e em algumas funções burocráticas, sem vínculo específico com uma unidade.

No início do primeiro ano de residência (R1) o aluno é protegido de demanda assistencial em excesso, de forma que tem mais tempo para consulta e discussão do caso atendido. Ao longo do ano, no entanto, a intenção é que esse tempo vá se reduzindo, à medida em que o residente adquire mais habilidades de comunicação e estruturação de consulta, bem como de manejo clínico dos casos. Em transição para o segundo ano de residência (R2), o tempo de consulta é reduzido e os objetivos da formação se concentram mais na gestão da clínica e no planejamento da agenda, aptidões necessárias a este período, em que é esperado que o residente já se encontre capacitado para lidar com a demanda assistencial e os imprevistos tão comuns à nossa prática.

Muito do aprendizado do residente se dá na discussão de casos e relação com o médico tutor de sua equipe. A relação residente-tutor é fundamental no aprendizado do residente e ocorre de forma contínua ao longo dos 2 (dois) anos do PRM em MFC da FMUSP. Dentre os objetivos desta relação de educador-educando, destacam-se: potencializar e estimular a autoaprendizagem, preencher as lacunas do aprendizado verificadas longitudinalmente, reforçar qualidades, corrigir dificuldades e deficiências, prover referencial, motivação e inspiração. Também estimulamos que o residente troque experiência com os preceptores de outras equipes na mesma unidade e também com os outros residentes.

Além da carga horária na UBS, que corresponde a aproximadamente 60% do total, os residentes do primeiro ano têm ambulatórios de especialidades, plantões na emergência do Hospital Universitário, aulas, discussões de casos com especialistas focais e estágio de pesquisa científica.

Aprendizado

Com a finalidade de guiar e facilitar o aprendizado, construiu-se uma ferramenta para uso cotidiano do médico-residente com a totalidade das competências a serem alcançadas ao longo da residência médica. Este material é denominado Manual de Competências do Médico Residente.⁸

Os manuais emergem, ao longo do histórico do ensino e da especialização médicas, como recurso material para gestão de competências. Compreender que o exercício clínico e a capacitação para promoção de assistência não se traduzem exclusivamente em destreza para realizar procedimentos ou intervenções significou importante avanço na formação de profissionais médicos, incorporando nas rotinas avaliativas a demanda crescente por um cuidado centrado em pessoas e pautado nas melhores evidências.

O nosso Manual de Competências do médico residente tem seu conteúdo apresentado na forma de um *check-list* de fácil visualização e utilização. As competências são apresentadas conjuntamente a duas colunas para o preenchimento do médico residente: Estudo (aquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre a competência) e Domínio (incorpora não apenas a aquisição do conteúdo teórico ou habilidade prática, mas o domínio da competência na prática clínica).

Avaliação

A formação do residente deve ser entendida como um processo contínuo de aprendizado e avaliação. A avaliação formativa pressupõe que o ato de avaliar é parte do processo de ensino e aprendizagem.⁹ Se for feita ao longo da formação, permite o reconhecimento de lacunas no aprendizado, dificuldades do residente e oferece espaço para propor soluções para as dificuldades observadas.⁹ Diversos países instituem alguma forma de avaliação longitudinal na formação do médico de família, geralmente misturando avaliação formativa e somativa.¹⁰ Um elemento importante da avaliação formativa é o *feedback* efetivo, aquele que é oportuno, específico, inicia com autoavaliação, se restringe a fatos observáveis e feito em ambiente acolhedor.

Neste sentido, no PRM de MFC da FMUSP busca-se alcançar todas as prerrogativas dispostas no currículo de competências e, ao mesmo tempo, realizar um processo avaliativo que ajude na formação do residente, aponte questões a serem trabalhadas e forneça *feedback* útil.

Para alcançarmos todas as prerrogativas dispostas pelo currículo de competências para a formação do MFC, desenvolve-se um processo de avaliação global que inclui:

- Avaliação dos Médicos Residentes
- Avaliação da Estrutura Docente

Avaliação dos Médicos Residentes

O acompanhamento do aprendizado e desenvolvimento das competências estipuladas ocorre de maneira sistemática e estruturada através de um Plano de Avaliação, que se fundamenta em:

A - Avaliação de Conhecimentos

A Avaliação de Conhecimentos pretende dimensionar a aquisição e o domínio do Saber Técnico-Teórico pelo médico residente. Os conhecimentos a serem observados são os determinados pelo Manual de Competências do Programa de Residência Médica.

Mais do que se encerrar no dado teórico por si só, o conhecimento deve se reverter em conjuntos de informações integradas pelo residente em um esquema próprio que favoreça o julgamento e comportamento adequados para o cuidado em saúde (Quadro 3).

Quadro 3. Instrumentos de avaliação de Conhecimentos.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente da aquisição e domínio de Conhecimentos conforme determinado no Manual de Competências.⁸
 Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
 Análise de registros, casos clínicos e discussões supervisionada pelos médicos tutores ou preceptores.
 Conhecimentos manifestos em apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
 Avaliação do conhecimento adquirido em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
 Avaliação Objetiva na forma de prova discursiva de respostas curtas.

B - Avaliação de Habilidades

A Avaliação de Habilidades compreende o Saber Fazer, ou seja, a capacidade e os modos do médico residente reproduzir o conhecimento na sua prática clínica. Os instrumentos propostos para avaliação de habilidades estão expostos no Quadro 4.

Quadro 4. Instrumentos de avaliação de Habilidades.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente da aquisição e domínio de habilidades conforme determinado no Manual de Competências.⁸
 Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
 Análise de registros, casos clínicos e discussões supervisionada pelos médicos tutores ou preceptores.
 Habilidades manifestas em apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
 Avaliação de habilidades realizadas em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
 Videogravações de atendimentos.
 Ferramenta de observação de consulta.
 Demonstrações de técnicas diagnósticas e terapêuticas.

C - Avaliação de Atitudes

A Atitude refere-se ao Saber Ser e Querer Fazer, compreendendo o interesse pela busca por conhecimento e pelo desenvolvimento de habilidades, além de comprometimento, responsabilidade e entrega pela especialidade, pelas pessoas e por suas famílias. Por isso, a Avaliação de Atitudes deverá incorporar a integração de dimensões relacionais, afetivas e éticas ao conjunto de conhecimentos e habilidades do médico residente. O Quadro 5 descreve alguns instrumentos usados por nosso PRM para avaliação de atitudes.

Instrumentos de avaliação

Diversos instrumentos de avaliação são usados pelo PRM em MFC da FMUSP. A seguir, nós detalhamos estes instrumentos e tentamos traçar comparações com experiências na literatura.

Quadro 5. Instrumentos de avaliação de Atitudes.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente.
Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
Atitude manifesta em discussões de casos e apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
Avaliação de atitudes em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
Registro de frequência e pontualidade a atividades programadas.
Registro de cumprimento de atividades e atribuições.
Registro de número de atendimentos.
Responsabilidade perante os pacientes, equipe de saúde e tarefas a seus cuidados.
Relação médico-paciente e multiprofissional.
Disposição para assistência didática a alunos e profissionais da equipe.
Postura ética.
Videogravações de atendimentos.
Ferramenta de observação de consulta.

Avaliações Periódicas Tutor-Residente

São realizadas reuniões periódicas entre o tutor e o residente com a finalidade de seguimento avaliativo tanto dos aspectos de aquisição das competências pretendidas pelo residente quanto à capacidade docente do tutor.

Os encontros seguem um modelo de *feedback* com intuito de melhoria da aprendizagem por parte do residente e do ensino por parte do tutor. A proposta é que o residente realize uma autoavaliação antes de conversar com seu tutor e receber o *feedback*. Este modelo é organizado por um questionário criado pela residência com 27 itens (Quadro 6) aplicado trimestralmente.

Este modelo tem algumas vantagens: permite traçar planos compartilhados de aprendizado trimestrais para os residentes e reavaliar estes planos na próxima avaliação; a atividade de autoavaliação permite reconhecer o que o residente entende como um problema na sua formação e comparar este entendimento com a observação de seu preceptor. As desvantagens e desafios que notamos são: a avaliação não é tão oportuna quanto o ideal, algumas deficiências clínicas e atitudes dos residentes podem passar sem *feedback*; o tempo despendido na avaliação é longo, em geral mais de uma hora por residente, muitas vezes é difícil dois profissionais ao mesmo tempo liberarem tempo de suas agendas para a avaliação do residente.

Há relatos de experiências de avaliação similares. Uma ferramenta interessante foi proposta no Canadá através da realização de “notas de campo”, um *feedback* objetivo e curto, escrito em formulário específico e endereçado a algo observado no próprio dia pelos supervisores que discutem casos com residentes. Os residentes organizam estes *feedbacks* em base *online* e a cada 4 meses ocorre reunião com seus supervisores para um *feedback* mais longo, para rever seu progresso e criar um plano conjunto de metas.¹²

Ferramenta de observação de consulta

Há poucos relatos na literatura da aplicação da ferramenta de observação da consulta (*The Consultation Observation Tool*) e como ela pode ser utilizada na avaliação dos residentes. A maior experiência com esta ferramenta é da Inglaterra, durante a formação dos médicos de família e comunidade. As consultas são

Quadro 6. Itens do formulário de *Feedback* Tutor-Residente desenvolvido pelo PRM em MFC da FMUSP.¹¹

Frequência
 Pontualidade
 Conhecimento adequado para o nível (R1 ou R2)
 Realiza adequadamente a anamnese
 Realiza adequadamente o exame físico
 Integra o conhecimento teórico com a queixa e planeja investigação adequada (raciocínio clínico)
 Considera as evidências científicas nas decisões
 Formula um plano de acompanhamento adequado
 Maneja eficientemente o tempo
 Preenche corretamente o prontuário
 Busca referências teóricas adequadas
 Demonstra conhecimento sobre suas deficiências
 Comunica-se eficientemente
 Envolva o paciente na investigação e tratamento
 Responsabiliza-se pelos pacientes ao longo do tempo
 Desenvolve bom vínculo com o paciente e a família
 Faz a consulta com ênfase no paciente e na família
 Participa das reuniões e atividades da equipe
 Apresenta adequadamente os casos para a equipe
 Articula com os diferentes membros da equipe ações para a condução dos casos
 Tem iniciativa, propõe ações conjuntas
 Conhece os instrumentos ligados à prática: CIAP, ferramentas de registro, vigilância epidemiológica
 Participa de alguma atividade comunitária (grupo, conselho local, etc)
 Conhece o território
 Assistência didática aos alunos e outros profissionais da equipe de saúde
 Postura ética
 Evolução do conhecimento ao longo do estágio

registradas em vídeo e o próprio residente seleciona algumas para serem avaliadas pelo examinador. As consultas devem ser gravadas ao longo de seu treinamento como médico de família refletindo variedade de contextos e pacientes. Recomenda-se pelo menos um caso de atendimento de crianças menores de 10 anos, idosos (maior de 75 anos) e uma consulta de saúde mental. O tempo de consulta não deve exceder 15 minutos, uma vez que é um item avaliado. Recomenda-se a realização de, no mínimo 6 COTs no primeiro e no segundo ano do treinamento, no terceiro ano recomenda-se 12 COTs.¹³

O COT, por sua vez, é apenas um dos componentes de Avaliação Baseada no Local de Trabalho (WPBA)¹⁴ que compõe o exame MRCGP (*Member of the Royal College of General Practitioner*). O MRCGP é um sistema de avaliação integrado, cujo sucesso confirma que um médico completou de forma satisfatória o treinamento e pode exercer a medicina de família no Reino Unido sem supervisão.

No PRM de MFC da FMUSP o COT é empregado como forma de avaliação durante os dois anos da formação. A proposta é de que durante um turno de atendimento de cada semestre do ano letivo os residentes sejam acompanhados por um membro do corpo docente (tutor ou preceptor) que não seja da sua equipe e de preferência que atue numa unidade diferente. O avaliador deverá seguir uma ficha específica e observar os atendimentos do residente anotando informações pertinentes.

A avaliação do COT é realizada de acordo com 13 itens (Quadro 7), propostos pelo *Detailed Guide to the Performance Criteria (PC)*.¹³

Quadro 7. Itens avaliados no COT (*Consultation Observation Tool*).¹³

PC1: O médico encoraja o paciente a contribuir na consulta
PC2: O médico observa sinais (pistas) que levam a uma profunda compreensão do problema
PC3: O médico usa informações psicológicas e sociais apropriadas para o contexto
PC4: O médico explora a compreensão da saúde do paciente
PC5: O médico obtém informações suficientes para incluir ou excluir prováveis hipóteses diagnósticas
PC6: O exame físico/mental escolhido é adequado para confirmar ou refutar hipóteses diagnósticas, ou foi projetado para abordar a preocupação de um paciente.
PC7: O médico parece fazer um diagnóstico clínico apropriado
PC8: O médico explica o diagnóstico em linguagem apropriada
PC9: O médico busca a compreensão do paciente sobre o diagnóstico
PC10: O plano de gerenciamento (incluindo receita) é apropriado para o diagnóstico
PC11: O paciente tem a oportunidade de se envolver nas decisões
PC12: O médico faz uso dos recursos disponíveis
PC13: O médico especifica as condições e o intervalo de acompanhamento ou revisão

A proposta aplicada no nosso PRM consiste na avaliação presencial de atendimentos espontâneos, já o *Royal College of General Practitioners (RCGP)* recomenda a avaliação de vídeos dos atendimentos selecionados pelo próprio médico em formação.

Na FMUSP, um dos grandes entraves à realização mais frequente de COTs é a falta de tempo, pois os tutores são médicos das equipes de Estratégia Saúde da Família e a saída da Unidade para supervisionar atendimento pode culminar com a diminuição de atendimento à população.

Videogravação de atendimentos

A gravação de consultas é o padrão-ouro para avaliação de técnicas de comunicação na prática generalista. É descrita desde os anos 1954 em Amsterdam e posteriormente se generalizou no Reino Unido.¹⁵ O método da entrevista baseada no problema (*Problem Based Interview – PBI*) foi descrito por Lesser¹⁶ como um procedimento centrado no paciente, pragmático e adequado ao contexto da atenção primária e ao treinamento de residente em Medicina de Família. Surgiu devido à necessidade de uma abordagem diferenciada das outras especialidades por suas características de alta prevalência de queixas de saúde mental e alta taxa de melhora espontânea de sintomas.

O importante guia para entrevista médica Calgary-Cambridge¹⁷ foi desenvolvido no Canadá em 1998 e divide a consulta em 7 passos e 71 itens que podem ser analisados entre as diversas formas de comunicação verbal e não verbal. Durante a análise das consultas gravadas são principalmente esses detalhes que serão avaliados. Os sete passos da consulta são: iniciando a sessão, coleta de informações, providenciando estrutura, criando relacionamento, explicação e planejamento, encerrando a sessão e opções na explicação e planejamento. Seguindo esses passos, espera-se que ocorra uma entrevista com escuta ativa, compartilhando expectativas e planos entre equipe e paciente e com menor ruído de comunicação.¹⁸

Na Espanha,¹⁹ desde 2006 é obrigatório o ensino das técnicas de comunicação através da dramatização, gravação de consultas e exercícios em grupo no programa de residência em MFC. Na Noruega,²⁰ as gravações são realizadas já durante a graduação em Medicina. Muitos alunos relataram sentirem-se inseguros e amedrontados, com vergonha de assistir à gravação, medo de demonstrar conhecimentos médicos insuficientes, de ser inadequado na personalidade ou em habilidades básicas de comunicação. Na Bélgica,²¹ alunos e médicos utilizam esse recurso há mais de 40 anos e apresentam queixas semelhantes às dos alunos noruegueses, ressaltando ainda que para gravação gasta-se tempo que poderia ser utilizado em consultas.

No PRM de MFC da FMUSP a filmagem de consultas para o aprendizado é empregada mensalmente entre os residentes nos dois anos de formação através do método de análise PBI ou microanálise. Cada residente é responsável pela gravação de consultas mediante autorização explícita do paciente e assinatura de termo de consentimento, que é anexado ao prontuário do paciente. Em todas as UBS há uma câmera fornecida pela FMUSP que fica à disposição para os residentes. A câmera fica visível durante a gravação, o que pode influenciar o modo que médico e paciente se comportam durante a consulta. O exame físico não é gravado.

Para a análise dos filmes, há pelo menos um MFC mediador que orienta as regras do grupo: sigilo do conteúdo, apresentação de ao menos uma gravação de cada participante, paralisação do vídeo em qualquer momento para comentários, sugestões e críticas. Na exibição, o médico residente descreve qual o motivo de escolha daquela consulta. Em qualquer momento durante a exibição, qualquer participante pode solicitar que seja paralisado o vídeo para realizar críticas construtivas sobre a comunicação e a cada paralisação o participante do vídeo é encorajado a iniciar a análise para então os outros participantes comentarem.

É essencial que sempre que se realize um comentário crítico seja mencionado algo positivo, proporcionando um *feedback* construtivo. Ao final, discute-se como o analisado se sentiu durante a sessão. As sessões duram em torno de 60 minutos cada e todos do grupo devem apresentar gravações durante o ano, uma a cada mês, de forma que todos compartilhem da mesma experiência de exposição.

Durante a residência observamos dificuldade com a gravação dos vídeos por interrupções, uso aleatório de consultórios e poluição sonora. Além disso, deve-se ressaltar que a consulta pode ficar menos espontânea. Apesar disso, é uma ferramenta comprovadamente eficiente para aprendizagem que é utilizada regularmente. Promove uma prática mais reflexiva que procura sugerir estratégias emocionais e cognitivo-comportamentais para melhor desempenho profissional.

Avaliação da Estrutura Docente

Conjuntamente, para concretização da excelência na formação dos médicos-residentes, há um plano para avaliação de todos os componentes da estrutura docente ao mínimo com uma periodicidade bianual que consiste nos seguintes itens (Quadro 8):

A - Avaliação de Estágios

Esta avaliação cumpre os seguintes objetivos:

1. Estudar a congruência dos diferentes estágios em andamento em relação aos objetivos docentes.
2. Avaliar a qualidade da supervisão.
3. Avaliar a conquista dos objetivos.
4. Avaliar a qualidade e a disponibilidade de recursos materiais e humanos para o ensino.

B - Avaliação de Atividades

Incorpora a avaliação por parte dos residentes das atividades de caráter teórico ou prático (aulas, cursos, *workshops*, discussões clínicas) com a finalidade de ajuste de estrutura e materiais didáticos, validação e qualificação dos espaços teóricos e práticos.

C - Avaliação dos Tutores

Para garantirmos a melhoria no ensino são realizadas avaliações juntamente aos tutores sobre o processo de docência que inclua as capacidades docentes, as dificuldades e sugestões.

Entendemos que a autoavaliação realizada pelo médico tutor é uma ferramenta importantíssima, pois cada tutor conhece suas particularidades e seu próprio estilo de tutoria e deve ser consciente do impacto que tem no residente.

Além disso, as Avaliações Periódicas Tutor-Residente, com o uso do Formulário de *Feedback* pelo residente, cumprem o papel de trazer tais questões para o diálogo com o seu residente e colocar em prática os planos de aprimoramento do ensino e aprendizagem.

Outro espaço essencial é a realização de discussão em grupo de tutores com preceptores e coordenador do Programa de Residência Médica, uma vez que permite a troca de experiências sobre o processo de docência e, assim, seu aperfeiçoamento.

D - Avaliação da Gestão Administrativa

Será importante realizar ao longo do ano uma vigilância pelos médicos-residentes, tutores, preceptores e coordenador do Programa de Residência Médica a respeito da adequação dos órgãos institucionais e de gestão aos objetivos descritos pelo PRM.

Idealmente, deve se criar um método de avaliação estruturado a ser realizado pelo menos anualmente e exposto aos órgãos de gestão para discussão dos resultados e proposições. Instrumentos propostos para avaliação docente estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8. Instrumentos de avaliação da estrutura docente.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico tutor.

Avaliações Periódicas Tutor-Residente.

Pesquisas de opinião.

Entrevistas individuais: com residentes, tutores, profissionais das UBSs, responsáveis por estágios hospitalares, gestores.

Discussão em grupos específicos: residentes com preceptores, tutores com preceptores e supervisor.

Arranjos institucionais

Vencidos todos os obstáculos e estabelecidas todas as diretrizes de um currículo de competências há ainda a importância de se firmarem arranjos institucionais que garantam condições ao cumprimento dos objetivos propostos.

A instituição deve garantir e facilitar quatro eixos de intervenção:

1. Atividades de manutenção e melhora da competência dos tutores em formação clínica e em metodologia docente
2. Condições assistenciais e docentes idôneas
3. Incentivos à manutenção do empenho e motivação
4. Estrutura adequada para os processos de ensino-aprendizagem

Deverá existir um esforço institucional para garantir dignidade à estrutura docente, estrutura física para atendimentos, realização de procedimentos, discussões, estudo, além dos materiais e insumos necessários.

Considerações finais

O estabelecimento de um currículo de competências do especialista em medicina de família e comunidade é processo vital para organização dos programas de residência nos processos de aprendizado, docência, avaliação.

A utilização de referenciais internacionais e nacionais juntamente ao envolvimento dos MFCs e residentes favorece a organização destas competências respeitando-se as particularidades e realizando-se adaptações conforme as singularidades de cada PRM.

Simultaneamente, é essencial fortalecer o apoio institucional e da gestão administrativa das unidades de saúde, pois serão as condições chave para o provimento dos recursos e garantias para o cumprimento dos objetivos propostos.

Referências

1. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag.* 2009;16(4):6-7.
2. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433-6.
3. Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 536 p.
4. Royal College of General Practitioners Curriculum 2010 (RCGP). Being a General Practitioner. 2012 [cited 2017 Aug 30]; Available from: http://www.gmc-uk.org/RCGP_Curriculum_1_Being_a_GP.pdf_49504415.pdf
5. Coordenação Internato Médico Medicina Geral Familiar Zona Norte (CIMGFZN). Portfolio do Interno - Internato Médico de Medicina Geral e Familiar [Internet]. Porto; 2011 [cited 2017 Aug 30]. Available from: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina_Geral_e_Familiar/Ficheiros/Manuais_de_Formação/Portfolio_Jan2011.pdf
6. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar Y Comunitaria [Internet]. Madrid; 2005 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
7. Parry SB. The Quest for competencies. *Training.* 1996;33(7):54-6.
8. Valladão Jr J, Gusso G, Olmos R, editors. Parte 3: Manual de competências. In: Manual do Médico Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 435-614.
9. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014;47(3):324-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331>

10. Flum E, Maagaard R, Godycki-Cwirko M, Scarborough N, Scherpbier N, Ledig T, et al. Assessing family medicine trainees--what can we learn from the European neighbours? *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc21.
11. Vicentim E, Valladão Jr J. Ferramentas de Avaliação. In: Valladão Jr J, Gusso G, Olmos R, eds. *Manual do Médico Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)*. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 615-33.
12. Ross S, Poth CN, Donoff M, Humphries P, Steiner I, Schipper S, et al. Competency-based achievement system: using formative feedback to teach and assess family medicine residents' skills. *Can Fam Physician.* 2011;57(9):e323-30.
13. Consultation Observation Tool (COT) for MRCGP Workplace Based Assessment. [Internet]. [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/training/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba/cot-for-mrcgp-workplace-based-assessment.aspx>
14. WPBA competences [Internet]. [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba/wpba-competence-framework.aspx>
15. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *Br Med J.* 1979;1(6179):1686-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.6179.1686>
16. Lesser AL. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Med Educ.* 1985;19(4):299-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1985.tb01325.x>
17. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. London: CRC Press; 2016. 317 p.
18. Ramos V. A consulta em 7 passos - Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar [Internet]. Lisboa; 2008 [cited 2017 Aug 29]. Available from: [http://www.apmgf.pt/ficheiros/A Consulta 7 passos.pdf](http://www.apmgf.pt/ficheiros/A%20Consulta%207%20passos.pdf)
19. Moral RR, Rodriguez Salvador JJ, de Torres LP, Prados Castillejo JA; COMCORD Research Group. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: a randomized controlled trial. *Fam Med. Fam Med.* 2003;35(7):489-95.
20. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ.* 2005;5:28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-28>
21. Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgrad Med J.* 2016;92(1090):431-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133633>

Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Experiences with external clerkships at the Family and Community Medicine Residency of the Medical School of the University of São Paulo

Experiencias con prácticas externas en la residencia de Medicina de Familia y Comunidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo

Gustavo Kang Hong Liu^a
Marcus Vinícius Camargo Garcia de Pontes^a
Kamila Vieira Silva^b
Tatiana Milla Mandia^c
Bianca Luiza de Sá e Silva^a
José Benedito Ramos Valladão Júnior^a

^a Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil. gustavoliu@gmail.com (*Autor correspondente*); mvcgpontes@gmail.com; biluiza@hotmail.com; josevalladao@gmail.com

^b Núcleo de Extensão em Medicina Tropical da Universidade de São Paulo (NUMETROP/USP); Universidade do Estado do Pará (UEPA). Santarém, PA, Brasil. kvs.vieira@gmail.com

^c Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil. tatimandia@hotmail.com

Resumo

Introdução: A formação do médico de família e comunidade tem nos serviços de Atenção Primária à Saúde o principal cenário de práticas. Além destes, outros estágios têm sido empregados para o aprimoramento de competências específicas. **Objetivo:** Descrever o perfil de estágios externos realizados pelos médicos residentes no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Os estágios externos acontecem durante 2 meses no segundo ano de residência e são divididos igualmente em estágio eletivo (em que é necessário vínculo com a instituição) e optativo (podem ser selecionados livremente). A maioria destes estágios ocorre no Brasil e através de vínculos informais, sem haver uma parceria ou arranjo oficial entre instituições e/ou serviços. Os principais estágios buscados são em medicina rural e no *National Health Service* (Reino Unido). **Conclusão:** Estágios externos enriquecem a formação do residente e possibilitam o aprimoramento do programa de residência. Grande parte dos estágios é solicitada por contato informal, o que aponta para o desafio de firmar vínculos entre pessoas, serviços e instituições, visando fortalecer cada vez mais a formação em Medicina de Família e Comunidade.

Palavras-chave: Educação Médica; Estágio Clínico; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde

Como citar: Liu GKH, Pontes MCVG, Silva KV, Mandia TM, Silva BLS, Valladão Júnior JBR. Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1608](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1608)

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: 30/08/2017.

Aprovado em: 03/02/2018.

Abstract

Introduction: The main field of training of the Family Doctor are Primary Health Care services as primary practice scenario. In addition to these, other stages are used to enhance the learning of specific competencies. **Objective:** To describe the profile of external internships performed by residents in the Residency Program in Family Medicine of the Medical School of the University of São Paulo. **Results:** External internships are held for 2 months in the second year of residency and are equally divided into elective internships (in which a bond with the institution is required) and optional (freely selectable). Most of these internships occur in Brazil and through informal ties, without a partnership or official arrangement between institutions and/or services. The main stages sought are in rural medicine and the National Health Service (UK). **Conclusion:** The external internships enriches the resident's training and enable the improvement of the residency program. Most of the internships are requested through informal contact, which points to the challenge of establishing links between people, services and institutions to strengthen training in Family and Community Medicine.

Keywords: Medical Education; Clinical Clerkship; Internship and Residency; Family Practice; Primary Health Care

Resumen

Introducción: La formación del médico de familia y comunidad tiene en los servicios de Atención Primaria a la Salud el principal escenario de prácticas. Además de éstas, otras prácticas se emplean para perfeccionar competencias específicas. **Objetivo:** Describir el perfil de prácticas externas realizadas por los médicos residentes en el programa de residencia en Medicina de Familia y Comunidad de la Facultad de Medicina de la Universidade de São Paulo. **Resultados:** Las practicas externas ocurren durante 2 meses en el segundo año de residencia y se dividen igualmente en las prácticas electivas (en las que es necesario un vínculo con la institución) y optativas (se pueden seleccionar libremente). La mayoría de estas prácticas ocurre en Brasil y a través de vínculos informales, sin que haya una sociedad o arreglo oficial entre instituciones y/o servicios. Las principales etapas buscadas son en medicina rural y en el National Health Service (Reino Unido). **Conclusión:** Las prácticas externas enriquecen la formación del residente y posibilitan el perfeccionamiento del programa de residencia. Gran parte de las prácticas es seleccionada por contacto informal, lo que apunta el desafío de firmar vínculos entre personas, servicios e instituciones visando fortalecer cada vez más la formación en Medicina de Familia y Comunidad.

Palabras clave: Educación Médica; Prácticas Clínicas; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud

Introdução

A formação do médico de família e comunidade tem como principal campo os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), aprendendo e praticando as competências necessárias para sua atuação com excelência, em estágios supervisionados. Além desses estágios principais na APS, estágios em outros serviços são utilizados para o aprimoramento de competências específicas e estímulo à reflexão sobre a rede de cuidados em saúde. Tais estágios têm cenários mais diversos, ocorrendo em contextos de atenção primária, secundária ou terciária à saúde ou de interface com a rede de cuidados em saúde, como, por exemplo, a gestão em saúde ou metodologia científica.^{1,2}

Em alguns programas de residência no Brasil e no mundo, os estágios podem estar previamente estabelecidos no planejamento da formação do médico de família e comunidade ou podem haver espaços livres onde é possível a seleção de estágios para aprimoramento de áreas de interesse do residente e complementação do aprendizado de competências específicas.²⁻⁶

Desenvolvimento

Esse artigo pretende apresentar os modelos de estágio externos realizados no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), suas características e o perfil de procura pelos médicos residentes. A partir destas observações, são realizadas reflexões a respeito da importância dos estágios e da articulação entre serviços para o fortalecimento da especialidade e da qualificação da Atenção Primária à Saúde no país.

Modelo de estágios externos

No PRM-MFC da FMUSP, os médicos residentes realizam estágios de intercâmbio nacionais ou internacionais eletivos e optativos durante o segundo ano de residência. São chamados de eletivos os estágios que podem ser selecionados pelo residente e estão vinculados ao serviço ao qual está alocada a Comissão de Residência Médica (COREME) do programa de residência e de optativos os estágios que podem ser selecionados pelo residente sem a limitação de estarem vinculados ao serviço que aloca a COREME.

Os estágios podem tanto ocorrer em cenários de prática de atenção primária à saúde quanto em áreas de interesse específicas dos residentes (infecologia, fisioterapia, cuidados paliativos, ensino, gestão, etc.).

São destinados 30 dias corridos para realização de estágios eletivos e o mesmo tempo para a realização de estágios optativos. Respeitando este espaço de tempo delimitado, os residentes podem dividir este íterim em períodos menores para realização de diferentes estágios. Os residentes selecionam os estágios a partir de seus próprios interesses didáticos, sendo solicitada aprovação por parte da coordenação do programa de residência.

Como é respeitada certa liberdade na procura pelos estágios externos, os médicos residentes realizam diferentes estratégias para conseguirem realizá-los dentro de suas preferências pessoais e plausibilidade formativa para aprovação do PRM. Temos visto que, de forma geral, o contato inicial para a realização desses estágios pode ocorrer de maneira formal ou informal. Os estágios estabelecidos através de vínculos formais são firmados por meio de uma solicitação estruturada e oficial de estágio entre o programa de residência médica e o serviço de destino, podendo ou não existir parceria interinstitucional. Os estágios realizados através de vínculo informal ocorrem quando, por outro lado, não há um fluxo organizado e definido para a sua solicitação. Estes estágios, habitualmente, são construídos pelo contato que partiu do próprio residente ou por parte de um conhecido que intermediou o pedido.

Além disso, os estágios escolhidos pelos residentes podem apresentar o perfil de atividades observacionais e/ou práticas.

Nos estágios observacionais, o residente busca a aquisição de conhecimentos sobre modelos de sistema de saúde, de organização da APS, de gestão da clínica na MFC no Brasil e no mundo, bem como acompanhar e absorver conhecimentos para incorporar à sua prática pessoal a partir da observação de consultas de profissionais mais experientes.

Nos estágios práticos, o residente busca o desenvolvimento de competências técnicas e habilidades clínicas em serviços reconhecidos a partir de necessidades específicas que ele entenda que deve pessoalmente aprimorar.

A seguir, organizamos as experiências em estágios externos que o PRM-MFC da FMUSP tem realizado desde 2013. O Quadro 1 enumera os estágios externos nacionais e o Quadro 2, os estágios internacionais.

Discussão

O modelo de estágios externos relatado permite que o aprendizado dos residentes esteja de acordo com suas necessidades e interesses individuais, o que é preconizado pela WONCA (*World Organization of Family Doctors*)⁵ e em programas de residência de MFC do mundo todo, como Portugal e Espanha.⁶⁻⁸ No

Quadro 1. Estágios Externos Nacionais realizados no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Estágio	Cenário	Forma de contato para solicitação do estágio	Atividades desempenhadas
Serviços de APS da SMS da Cidade do Rio de Janeiro - RJ	MFC na APS	Informal	Observacionais
Programa de Residência de MFC do Hospital Odilon, Belo Horizonte – MG	MFC na APS	Informal	Observacionais
Programa de Residência de MFC do Grupo Hospitalar Conceição – RS	MFC na APS	Informal	Observacionais
Serviços de APS da SMS da Cidade de Florianópolis - SC	MFC na APS	Informal	Observacionais
Hospital Municipal de Santarém – PA	Infectologia	Formal	Práticas
Serviço de APS da SMS de Santarém em Alter do Chão - PA	MFC na APS	Formal	Práticas
Serviços de Gestão da SMS da Cidade de Florianópolis - SC	Gestão	Informal	Observacionais
Serviço de APS da SMS de Cajazeiras – PB	MFC na APS	Informal	Observacionais
Serviço de APS da SMS de Petrolina – PE	MFC na APS	Informal	Observacionais
Residência de MFC de São Bernardo do Campo - SP	MFC na APS	Informal	Observacionais
Hospice Jaçanã - Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	Informal	Práticas
Consultório na Rua em Rio de Janeiro – RJ	MFC na APS	Informal	Observacionais
Consultório na Rua em Campinas – SP	MFC na APS	Informal	Observacionais
Institutos de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP	Fisiatria	Formal	Observacionais
Casa da AIDS da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da FMUSP	Infectologia	Formal	Práticas
Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP	Geriatria	Formal	Observacionais
Projeto de Extensão Universitária Bandeira Científica	Ensino e MFC na APS	Formal	Práticas
Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas de São Paulo – SP	Saúde Mental	Informal	Observacionais
Grupo de Dor - Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da FMUSP	Neurologia	Formal	Observacionais
Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS de São Paulo – SP	Gestão	Formal	Observacionais e Práticas
Coordenação de Atenção Básica da SMS de São Paulo - SP	Gestão	Informal	Observacionais
Escola Municipal de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde da SMS de São Paulo	Gestão	Informal	Observacionais

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Brasil, temos como exemplos o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS), em que os residentes têm 2 meses para realizar estágio optativo,³ e o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em que o residente tem possibilidade de realizar estágio optativo durante um mês.⁴

A existência deste modelo no programa de residência de MFC da FMUSP é possível porque os residentes não são os únicos responsáveis pela assistência médica à população do serviço de APS onde

Quadro 2. Estágios Externos Internacionais realizados no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Estágio	Cenário	Forma de contato para solicitação do estágio	Atividades desempenhadas
Department of Primary Care and Public Health Sciences do King's College London (Inglaterra)	MFC na APS e Ensino	Formal	Observacionais
King's College Hospital (Inglaterra)	Cuidados Paliativos	Formal	Observacionais
Centros de Atenção Primária em Barcelona, Granada e Madri (Espanha)	MFC na APS	Informal	Observacionais
Centros de Atenção Primária em Barreiro, Lisboa e Porto (Portugal)	MFC na APS	Formal	Observacionais
Centros de Atenção Primária em Bristol, Londres e Surrey (Inglaterra)	MFC na APS	Informal	Observacionais
Centros de Atenção Primária em Charleroi e Liège (Bélgica)	MFC na APS	Informal	Observacionais
Centros de Atenção Primária em Amsterdam e Zeist (Holanda)	MFC na APS	Formal	Observacionais
Centro de Atenção Primária em Santa Clara (Cuba)	MFC na APS	Informal	Observacionais
Centro de Atenção Primária em Adelaide (Austrália)	MFC na APS	Informal	Observacionais
Centro de Atenção Primária em Nova Deli (Índia)	MFC na APS	Formal	Observacionais
Centro de Atenção Primária em Banyuls sur Mer (França)	MFC na APS	Formal	Observacionais
Centro de Atenção Primária em Avezano (Itália)	MFC na APS	Formal	Observacionais

estão inseridos. Os residentes são inseridos em equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que há um especialista em MFC, o qual é denominado “tutor”, cuja participação no processo de aprendizado é primordial.

Este tutor é o responsável por toda a demanda assistencial médica em momentos de ausência do residente de sua equipe, modelo também repetido em programas de residência de países com sistemas de saúde orientados pela APS.^{6,7} Este fato garante que o atendimento à população não seja comprometido durante os períodos de estágios externos e férias regulares do médico residente.

Em nossa experiência, como ilustrado nos Quadros 1 e 2, podemos verificar uma diversidade de estágios externos que vêm sendo realizados desde 2013. Os estágios nacionais são os mais procurados, possivelmente devido a facilidades como idioma, menor custo financeiro e deslocamento. Todavia, também percebemos uma procura considerável por estágios internacionais, majoritariamente concentrada no continente europeu, provavelmente pela grande carga de importância, desenvolvimento e investimento que os sistemas de saúde nesta região do globo têm prestado à especialidade ao longo dos anos.

Os cenários de prática de estágios externos nacionais e internacionais têm ocorrido principalmente em serviços de APS. Quando não realizados em serviços de APS, notamos a procura por serviços nas seguintes áreas de interesse: cuidados paliativos, infectologia, geriatria, fisioterapia, neurologia, saúde mental, gestão e ensino.

Temos observado que a maioria dos residentes de nosso PRM têm procurado estágios práticos em medicina rural, por ser uma das competências de atuação do MFC deficiente em nosso PRM por estarmos localizados em uma metrópole, sem cenários de práticas ou experiência com esta área do cuidado em saúde. Devido a esta deficiência formativa, fundou-se um vínculo institucional bem estabelecido com a Unidade de Saúde de Alter do Chão (Santarém/PA). Este estágio externo em medicina rural se destaca por ocorrer em uma unidade cuja médica da ESF é especialista em MFC egressa do nosso programa de

residência e quem supervisiona os estagiários em atendimento de livre demanda, visitas domiciliares na vila e em comunidades vizinhas (povo ribeirinho, de mata e floresta).

Neste período, há possibilidade de contato com atendimento a pessoas com doenças crônicas; condições de urgência e emergência; doenças infecciosas tropicais como, por exemplo, malária, leishmaniose e hanseníase; vítimas de acidentes com animais peçonhentos, e realização de procedimentos em pequenas cirurgias. Soma-se a toda essa carga prática uma vivência transcultural em medicina rural, fruto do estagiário trabalhar e residir, temporariamente, na vila em meio à floresta amazônica, imerso nesta comunidade, participando de problemáticas vividas diariamente pela população local, permitindo uma identificação marcante da necessidade do médico de família e comunidade adquirir competências culturais, econômicas, políticas e sociais da comunidade em que atua; enriquecendo sua formação com esta experiência e proporcionando um estímulo à possibilidade de interiorização da MFC no Brasil.

Os estágios observacionais também têm se mostrado de grande validade para amadurecimento e definição identitária do médico residente sobre sua prática e trazido grandes retornos aos serviços de APS de nosso PRM. Um exemplo de como isso aconteceu é no processo de abertura do acesso nas unidades em que ocorre o ensino. O programa conta atualmente com cinco unidades básicas de saúde que recebem residentes, sendo que, hoje, todas realizam alguma forma de agendamento de pacientes para o mesmo dia. Pode-se afirmar que a experiência com estágios externos contribuiu para o processo de abertura do acesso nestas unidades nos últimos anos, pois muitos egressos do programa se tornam médicos na assistência e ensino nestas unidades. O fato de conhecer outros contextos e fluxos de trabalho, por exemplo, de serviços da Europa, onde o acesso avançado é praticado, embasou os profissionais envolvidos no sentido de propor e ajudar na implementação destas mudanças.

Dentre as dificuldades e desafios que podemos apontar para maior consolidação e aprimoramento dos estágios externos, nota-se que, para a realização de muitos dos estágios, o vínculo se estabelece de forma informal, partindo do próprio residente ou realizado por alguém vinculado à residência que conhecia um profissional no serviço de destino. Dada a natureza diversa dos interesses individuais dos residentes e da grande quantidade de serviços existentes no mundo, é esperado que sempre exista uma porção de novos contatos sendo realizados para solicitação de estágios de maneira informal, e que apenas os serviços já conhecidos, com o passar do tempo, tenham estabelecido formas de intercâmbio melhor estruturadas.

Dada a relevância dos estágios externos como experiência formativa e para fortalecimento do trabalho na APS, gostaríamos de ressaltar a importância que oportunidades de estabelecer vínculos e contatos têm para a qualificação da especialidade e da rede como um todo. Dentre estas, destacamos duas: no âmbito nacional, eventos da especialidade, e, no internacional, o programa *WONCA Family Medicine 360°* (FM360°).⁹ Eventos como o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade têm sido um espaço rico para trocas de experiências e o estabelecimento de contatos chave para a colaboração, o que inclui a realização de estágios interinstitucionais.

O FM360°, por sua vez, é um programa de intercâmbio iniciado em 2013 com o apoio dos movimentos de jovens médicos da WONCA. Tem como objetivo conectar médicos que tenham até cinco anos de prática de MFC com anfitriões em serviços de saúde em outros países para realização de visitas observacionais de até quatro semanas, e tem sido uma ponte importante entre os residentes de nosso programa e diversos serviços de saúde no exterior.

Conclusão

O oferecimento de estágios externos é importante para que se complemente o aprendizado de forma a respeitar as necessidades e interesses específicos de cada residente. Através da incorporação do conhecimento e prática de outros serviços de APS e outros níveis de atenção à saúde, a experiência adquirida em estágios externos nacionais e internacionais contribui também para o enriquecimento do programa de residência e qualificação da rede assistencial em que ele está inserido.

Muitos estágios dependem de contatos informais para sua realização, o que aponta para o desafio de fortalecer os vínculos entre pessoas, serviços e instituições para oferecer oportunidades de melhorar cada vez mais a formação em MFC.¹⁰ A participação em eventos da especialidade (conferências, congressos, encontros, etc.) e o programa WONCA FM360° são formas relevantes para melhorar esta aproximação.

Referências

1. Augusto DK. Residência em Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 381-6.
2. Brasil. Secretaria de Educação Superior. Resolução n° 1, de 25 de Maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2015 Mai 26; Seção 1. [Acesso 2018 Fev 01]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192
3. Castro RCL, Diercks MLMS, Corrêa FA, Gyrão NB, Pekelman R, Umpierre RN. O programa 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 Comunidade. 2014;9(33):375-83. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)855](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)855)
4. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [citado 2018 Fev 01]; 21(5):1471-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
5. WONCA Working Party on Education. WONCA global standards for postgraduate family medicine education. [Internet] 2013. [citado 2018 Fev 01]. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf
6. Costa A, Pedro R, Magalhães S. Medicina Geral e Familiar em Portugal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):295-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)935](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)935)
7. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):195-205. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)876](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)876)
8. Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar de Lisboa e Vale do Tejo. Manual de Formação Versão 2018.a [Internet]. 2018 Jan 09. [citado 2018 Jan 30] Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/5282/Manual_de_Formac_a_o_2018-a.pdf
9. Family Medicine 360° (FM360°) webpage. [Internet] [citado 2018 Fev 01]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/familymedicine360/home>
10. Evensen A, Wondimagegn D, Zemenfes Ashebir D, Rouleau K, Haq C, Ghavam-Rassoul A, et al. Family Medicine in Ethiopia: Lessons from a Global Collaboration. J Am Board Fam Med. 2017;30(5):670-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2017.05.170086>

O uso do Miniex como ferramenta de *feedback* continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde

The use of Miniex as a continuous feedback tool for a family and community medicine resident in internship at primary health care

El uso de Miniex como herramienta de feedback continuado para residente de medicina de familia y comunidad en práctica en la atención primaria a la salud

Artur Oliveira Mendes
Luara Brandão Viveiros

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. gorutubano@yahoo.com.br (*Autor correspondente*); luarabv@gmail.com

Resumo

Introdução: A consulta é central no trabalho do médico de família e comunidade. A avaliação da *performance* do residente e discussões acerca da adequada condução deve ser estimulada. **Objetivo:** Discutir sobre o uso do Miniex para avaliação sequenciada de *performance* do residente durante consultas. **Métodos:** Explanção sobre as discussões teóricas acerca do desenvolvimento de consulta médica seguidas de aplicação do Miniex com avaliação focada nas competências esperadas do médico de família e comunidade. **Discussão:** Manuais de programas de residências e associações relacionadas têm por vezes citado o Miniex como possibilidade de avaliação do residente, mas não orientam seu uso sistematizado, o que poderia deixar pouco eficiente e descolada sua aplicação. Ademais, pouca discussão existe sobre a interpretação dos componentes do método e o modelo esperado de consulta ideal nas diferentes especialidades. **Conclusão:** O Miniex é potente instrumento de mudança, mas seu uso deve apontar para um modelo profissional e ser estimulado ao longo de todo o programa de residência.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Feedback Formativo; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade

Como citar: Mendes AO, Viveiros LB. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1580](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1580)

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: 28/07/2017.
Aprovado em: 07/02/2018.

Abstract

Introduction: The consultation is central in the work of the family doctor. The assessment of the resident's *performance* and discussions about right guidance should be encouraged. **Objective:** To discuss the use of Miniex to evaluate the resident's sequenced *performance* during consultations. **Methods:** Explanation about the theoretical discussions about the development of medical consultation followed by application of Miniex with evaluation focused on the expected competencies of the family and community doctor. **Discussion:** Manuals of residential programs and related associations have sometimes cited the Miniex as a possibility of evaluation of the resident but do not guide their systematic use, which could leave little efficient and detached its application. In addition, little discussion exists on the interpretation of the components of the method and the expected model of ideal consultation in the different specialties. **Conclusion:** Miniex is a powerful tool for change but its use should point to a professional model and be stimulated throughout the residency program.

Keywords: Health Education; Formative Feedback; Internship and Residency; Family Practice

Resumen

Introducción: La consulta es central en el trabajo del médico de familia y comunidad. La evaluación del *desempeño* del residente y las discusiones sobre la adecuada conducción debe ser estimulada. **Objetivo:** Discutir sobre el uso de Miniex para la evaluación secuenciada de *desempeño* del residente durante las consultas. **Métodos:** Explanación sobre las discusiones teóricas sobre el desarrollo de consulta médica seguida de aplicación del Miniex con evaluación enfocada en las competencias esperadas del médico de familia y comunidad. **Discusión:** Los manuales de programas de residencias y asociaciones relacionadas tiene a veces citado el Miniex como posibilidad de evaluación del residente, pero no orientan su uso sistematizado, lo que podría dejar poco eficiente y despegado su aplicación. Además, poca discusión existe sobre la interpretación de los componentes del método y el modelo esperado de consulta ideal en las diferentes especialidades. **Conclusión:** Miniex es un potente instrumento de cambio pero su uso debe apuntar a un modelo profesional y ser estimulado a lo largo de todo el programa de residencia.

Palabras clave: Educación en Salud; Retroalimentación Formativa; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

A consulta assume papel central no trabalho médico. Nos dizeres de Spencer, trata-se do "...momento em que, na intimidade do consultório, uma pessoa que está ou se julga doente procura o conselho de um médico em quem confia. Isto é uma consulta e, na prática médica, tudo o mais deriva dela".¹

Nas especialidades eminentemente clínicas, como é o caso da medicina de família, este espaço de trocas adquire protagonismo por se converter em processo de negociação das estratégias e entendimentos sobre o problema apresentado e dos rumos que serão escolhidos para o cuidado.

Apesar disso, não raramente, a consulta é compreendida em alguns espaços apenas como meio pelo qual são definidos problemas e terapêutica, sem atenção aos processos para seu adequado funcionamento. Ao invés de centralidade, orbita como mera fase para condutas, não tendo explorado o seu potencial na construção destas (inclusive para evitar os riscos de condução de percursos assistenciais danosos).^{2,3} Como uma dança, a consulta precisa de ritmo e assertividade para um bom resultado final.

A residência médica, no campo da educação médica, é o padrão-ouro para aperfeiçoamento profissional. Na medicina de família, atendendo uma necessidade social e de mercado, vem ocorrendo um aumento das vagas oferecidas e muito trabalho tem sido dispendido na capacitação de preceptores e na orientação das melhores estratégias de formação. Neste sentido, os esforços da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) têm permitido a construção de diretrizes e estimulado cursos diversos, sendo dada atenção especial aos modelos de avaliação.

Estratégias de *feedback* permitem rever práticas e adotar condutas mais favoráveis, levando ao aumento da competência através de um processo avaliador/formador.⁴ É habilidade essencial para

preceptores e residentes, citada inclusive no Currículo Baseado em Competências, documento também elaborado pela SBMFC.

Por mais de cinco anos o estágio em atenção primária, que hoje acontece no Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, em Belo Horizonte/MG, procura promover discussões e revisões sobre o processo da consulta médica. Contudo, não vinha sendo usado um instrumento sistematizado para avaliação dos atendimentos.

Dentre as ferramentas de *feedback* disponíveis para avaliar competências em consulta, destaca-se o Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex), uma escala desenvolvida pelo *American Board of Internal Medicine* (ABIM), já consagrado pelo uso.⁵

Este artigo tem como objetivo discutir experiência de uso de *feedback* sequencial com o uso do Miniex durante estágio de atenção primária da da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (MFC/HC-UFMG), bem como refletir sobre o instrumento e o preparo do ambiente visando à melhoria de *performance* do residente nos seus atendimentos.

Métodos

Para avaliar o processo de consulta, é preciso antes balizar os entendimentos de preceptor e residente acerca do tema. Desta feita, o estágio se inicia com avaliação das expectativas e conhecimentos prévios do residente.

Em seguida, já ao longo dos atendimentos na primeira semana, é levada adiante discussão acerca dos estudos de Balint e das categorias de análise por ele formuladas para refletir acerca dos mecanismos que agem durante uma consulta médica. A compreensão do papel do médico enquanto droga, da organização da doença, da oferta da doença, do conluio do anonimato e da função apostólica acontece usando os próprios atendimentos como exemplo e material de debate.^{6,7}

Na segunda semana, o Método Clínico Centrado na Pessoa⁸ serve para orientar as discussões. Mais uma vez, as consultas realizadas pelo residente e preceptor são usadas como exemplos para as conversas.

Na semana seguinte, a consulta é segmentada e avaliada seguindo os Sete Passos da Consulta, descritos por Vítor Ramos.⁹ Nesta fase são estabelecidas metas de tempo de duração para cada fase, em comum acordo entre preceptor e residente e a discussão segue a partir de observações diretas (acompanhando a maioria das consultas).

São apresentados ainda os conceitos de itinerário terapêutico e cartografia da saúde, atentando também para o fato de que muitos sintomas e necessidades trazidas pelas pessoas no atendimento são parte de sua vida, nem sempre de um processo de adoecimento, o que poderia confundir o profissional mais afoito e gerar uma cascata de condutas equivocadas (prevenção quaternária).^{2,3} Por todo o tempo do estágio acontecem, pontualmente, discussões sobre modelo de entrevista motivacional e mecanismo de mudança de comportamento, além de ferramentas verbais e não verbais de comunicação.

Até o segundo semestre de 2016, a avaliação das consultas se dava a partir dos pontos elencados acima. Muitas consultas eram submetidas à observação direta do preceptor e a *performance* era então avaliada sob a ótica das conversas realizadas.

Atualmente, logo após estas conversas (que ocorrem durante o primeiro mês de estágio) segue-se avaliação semanal da *performance* da consulta através do Miniex, organizando assim um *feedback* roteirizado e sequencial para avaliação do progresso do residente, já conhecedor então de um arsenal de estratégias e amadurecimentos para serem usadas nos atendimentos (aperfeiçoando o trabalho de acompanhamento que vinha sendo realizado).

Feedback

No ensino, *feedback* é conhecido como o processo de reflexão (“retorno”) sobre uma prática a partir de um observador independente. Uma vez que tem caráter formativo, uma metodologia foi estabelecida para o mesmo, envolvendo respeito ao interlocutor, segurança e confiança. Deve ser fornecido sem críticas vazias, procurando, ao invés disso, insistir nos aspectos positivos e em propostas para melhora do desempenho. Deve ser encarado como um processo que impacta tanto no professor quanto no aluno, permitindo rever conceitos e aprimorar habilidades de ambos.⁴

Miniex

O Miniex consiste num instrumento de observação direta de desempenho durante consulta, desenvolvido no formato de um formulário preenchido pelo observador, que procura avaliar seis competências clínicas nucleares: competências na entrevista, competências no exame físico, qualidades humanísticas, raciocínio clínico, competências de aconselhamento e organização. De simples e rápida aplicação, permite assim roteirizar apontamentos no *feedback*.⁵⁻¹⁰

Cada competência é avaliada e registrada no formulário com valores com vistas a classificar o desempenho do residente em insatisfatório (1 – 3), satisfatório (4 – 6) e superior (7 – 9). No Miniex utilizado durante estágio de atenção primária do Hospital das Clínicas da UFMG foi acrescentado, ainda, o valor 10 para desempenho excepcional. Além das seis competências, há a categoria de competência clínica geral, avaliada pela média das notas dadas nos itens anteriores.

A aplicação do Miniex realiza-se em dois momentos distintos de interação:¹⁰ a fase de observação do residente pelo preceptor seguida do *feedback* imediato realizado por este. No momento do *feedback* o residente é questionado se está confortável para realização do mesmo. Inicialmente, deve falar de sua experiência nessa consulta, como se sentiu nesse encontro com o paciente e como avalia suas potencialidades e dificuldades. A seguir, o preceptor faz sua avaliação utilizando-se do formulário, aponta o que julgou positivo e o que necessita de aprimoramento. Ao fim do *feedback*, preceptor e residente registram no formulário qual o grau de satisfação com a aplicação do instrumento.

A Figura 1 apresenta o Miniex adaptado usado no estágio. Abaixo segue-se explicação dos tópicos.

Cabeçalho: no início da ficha consta identificação do residente, preceptor e as características do caso em questão. Deve ser marcado se o atendimento é na modalidade ambulatorial ou em visitas domiciliares (uma vez que são ambientes com facilidades e dificuldades diversas) e se é primeira consulta no serviço ou subsequente. Com relação à identificação do paciente, usar apenas as iniciais dos nomes, idade e sexo. Sobre a complexidade do caso, pacientes em avaliação de rotina sem condições crônicas são de complexidade leve. Pacientes com condições estabilizadas são moderados. Pacientes com multimorbidades clínicas descompensadas são altamente complexos.

Mini-Ex Geral do programa de Residência em Medicina de Família do Hospital das Clínicas da UFMG			
<i>Residente:</i>			
<i>Preceptor:</i>		<i>Situação: ambulatório VD</i>	
<i>Data:</i>		<i>Modalidade da consulta: primeira vez retorno</i>	
<i>Paciente:</i>	<i>idade:</i>	<i>Complexidade: baixa média alta</i>	
1- Habilidades de entrevista clínica			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
2- Habilidades de exame físico			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
3- Qualidades humanísticas/profissionalismo			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
4- Julgamento clínico			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
5- Habilidades de aconselhamento			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
6- Organização/eficiência			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
7- Competência clínica geral			
1 2 3	4 5 6	7 8 9 10	
insatisfatória	satisfatória	superior	
TEMPO DE OBSERVAÇÃO:	minutos		
Evolução com a satisfação do preceptor com a aplicação com o Mini-Ex			
Baixa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Alta	
Evolução da satisfação do residente com o Mini-Ex			
Baixa	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Alta	
RESIDENTE		PRECEPTOR	

Figura 1. Ficha de avaliação do Miniex.

Habilidades de entrevista clínica: trata-se da organização da consulta em fases, seguindo os passos previamente discutidos no estágio. Avalia-se aqui a capacidade de fazer perguntas adequadas no tempo adequado e se o residente observa as pistas verbais e não verbais na conversa. Sabe-se que, no dia-a-dia, as pessoas organizam a consulta conforme necessidades do momento e escolhas próprias. Contudo, para fins de treinamento e desenvolvimento de autopercepção, o rigor de uma sequência é fundamental e este cuidado é que é posto à prova neste tópico.

Habilidades de exame físico: é o conhecimento e uso de rotina adequada de exame físico para a situação em atendimento. O exame é direcionado para a queixa (não se trata de avaliar toda a competência semiológica do residente), pois há o risco de se perder em informações desnecessárias ou que só prejudiquem o itinerário terapêutico. Observa também se o examinador está atento ao bem-estar do paciente durante as manobras.

Qualidades humanísticas/profissionalismo: o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), assim como as reflexões de Balint, elucidam o que está sendo discutido neste tópico. Portanto, aqui é avaliada a atenção do residente a estes pontos e se é consciente do seu uso durante o atendimento. Avalia, ainda, se demonstra respeito às crenças e opiniões do paciente e empatia com o mesmo.

Julgamento clínico: trata-se das decisões sobre a condição de saúde da pessoa que está sendo consultada, o diagnóstico e a decisão terapêutica. Aqui, tanto quanto em outros momentos, é possível levantar falhas e necessidades de aprimoramento teórico e é importante fazer menção a respeito no *feedback*.

Habilidades de aconselhamento: avaliação da *performance* no tocante à exploração da experiência da doença e formulação de plano comum de manejo. Observa habilidade em dar notícias e usar, quanto necessário, apontamentos em entrevista motivacional e compreender a espera permitida nos processos de mudança de comportamento.

Organização/eficiência: tempo dispendido na consulta e habilidade de organizar o itinerário do paciente, priorizar problemas e elencar oportunidades para gestão do cuidado. A avaliação do tempo de consulta não é rígida, posto que não há consenso sobre a duração adequada. Existem, ainda, as particularidades de cada situação, o que exige flexibilidade. Contudo, o residente deve demonstrar agilidade progressiva e capacidade de se adaptar às necessidades da pessoa em atendimento e do serviço onde ocorre o mesmo, uma vez que consultas demasiado longas não refletem necessariamente eficiência e nem eficácia do profissional. Há espaço na ficha para preenchimento do tempo de consulta (no formato aplicado na residência de MFC/HC-UFMG o preceptor acompanha todo o desenrolar do atendimento).

Competência clínica geral: média aritmética das avaliações anteriores

Evolução da satisfação: ao final do *feedback*, este tópico é preenchido para entender se preceptor e residente estão à vontade e satisfeitos com o uso do método. Insatisfação progressiva deve direcionar a necessidade de repensar o modelo de avaliação.

Discussão

Como já comentado, os autores consideram importante que o Miniex não seja aplicado logo nos primeiros contatos entre preceptor e residente. Uma vez que a construção de um vínculo e uma relação de

confiança são fundamentais para um *feedback* adequado, investir no conhecimento mútuo, neste primeiro momento, evita desgastes futuros e torna mais proveitosa a discussão.

Assim que é estabelecida uma parceria, a discussão teórica comentada nos tópicos anteriores permite equalizar entendimentos e amadurecer, a partir da experiência de ambos, como melhor conduzir o itinerário terapêutico do paciente e coordenar seus cuidados a partir dos encontros nas consultas. A construção, compartilhada, de um modelo de atuação é que orientará a aplicação do Miniex, apontando assim o modelo profissional e de atuação esperado durante o estágio.

O nível de complexidade (registrado na ficha do instrumento) do paciente avaliado estabelece metas diferentes para o atendimento. Cada nova consulta acaba por direcionar metas relacionadas a aspectos diferentes da *performance*. Em certos momentos o alerta dado é em relação ao tempo gasto e em outros o foco passa a ser compreender a importância de explorar a experiência da doença no contexto das competências de comunicação e em muitos, ainda, a importância do apuro técnico nas habilidades clínicas.

O *feedback* roteirizado, realizado imediatamente após a aplicação do Miniex, reflete sobre os pontos frágeis percebidos na autoavaliação do residente e na observação guiada do preceptor, o que indica os objetivos que são pactuados como prioridades para aperfeiçoamento nas próximas aplicações da ferramenta. Dessa forma, o decorrer do estágio é feito de forma individualizada para o residente em questão, buscando sempre como modelo o ensino centrado no residente.

Embora a ficha tradicional do Miniex estabeleça um campo para indicar o foco da avaliação, aos autores este formato parece artificial e foi suprimido, uma vez que durante a entrevista é que as possibilidades de análise da atuação do médico se tornam mais evidentes. Talvez isto se deva ao fato do Miniex originalmente ter sido concebido para uso em enfermaria hospitalar, onde o quadro clínico já está estabelecido. Em visitas domiciliares e ambulatoriais, contudo, a condição de saúde só se torna clara após ter se iniciado a entrevista.

Nesta experiência, ocasionalmente, preceptor e residente trocam de papel, possibilitando a este que exerça o papel de avaliador e desenvolva essa habilidade para futura preceptoria. Além disso, passa a ser oportunidade do preceptor reavaliá-la sua prática, recebendo um *feedback* qualificado e que ajuda no seu progresso profissional.

Conclusão

Embora o ambiente de consulta médica não seja o único no qual se desenvolve o processo de coordenação de cuidados (leituras orientadas, atividades coletivas e redes de apoio mútuo são outros, apenas para exemplificar), dominar a condução daquela é fundamental para o médico de família, uma vez que é o mais frequente momento de encontro deste profissional com os pacientes.

Para permitir o crescimento a partir da reavaliação de condutas e posturas, o *feedback* sequencial através no Miniex, realizado quase semanalmente no estágio, tem sido fundamental para dar direção às discussões. A visão panorâmica do progresso, através dos vários Miniexs aplicados, permite repensar o plano de desenvolvimento do residente. Apesar disso, parece aos autores que a simples avaliação, se destituída de um arcabouço inicial, como foi construído nas primeiras semanas do estágio, deixaria as críticas menos densas e com pouco apuro sobre os meios para atingir melhora da *performance*.

Na busca por artigos acerca da aplicação do Miniex foram encontradas diversas referências discutindo o processo de validação do mesmo.^{11,12} Curiosamente, contudo, em nenhum desses artigos há muito espaço para discussão do ideário de consulta esperado pelos preceptores, o que reforça a necessidade de discussão prévia de modelos antes de iniciar a aplicação do instrumento. Assim, a ferramenta parece ter importância enquanto sistematização do *feedback*, mais que simples replicação dos resultados por múltiplos avaliadores (como foi tentado e defendido em alguns estudos). Embora exista orientação geral sobre a sua aplicação, não por acaso, o Miniex tem sido adaptado (bem como os tópicos do mesmo) em cada programa, tentando abarcar a singularidade, as premissas e a ideologia de cada especialidade, tempo e escola.¹³ A similaridade de notas do instrumento quando usado por diferentes aplicadores, propalada nos estudos relatados, talvez reflita menos a validação do que a visão compartilhada por aqueles quanto ao perfil profissional almejado.

Apesar da importância desses momentos de avaliação, a falta de um período específico para realização da rotina do Miniex no estágio citado e sua não incorporação em outros espaços de atuação, aliado à alta demanda por atendimentos em todas as unidades nas quais ocorre a residência, são dificultadores para uma rotina harmoniosa de aprimoramento das habilidades de consulta.

Resta claro, porém, que o Miniex é potente instrumento para a mudança de práticas que favorece a incorporação do modelo de ensino centrado no residente¹⁴ no estágio de atenção primária à saúde. Entretanto, o seu uso precisa ser estimulado e protegido, além de repetidamente aplicado para avaliação adequada de progressos, sempre apontando (e assumindo, pois, este viés) para o modelo profissional e de atuação esperados pelo programa de residência médica que se propõe a utilizá-lo.

Referências

1. Spence J. The purpose and practice of medicine. Oxford: Oxford University Press; 1960.
2. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008;19(3):176-82.
3. Turabián JL, Pérez Franco B, Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. Aten Prim. 2012;44(4):232-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.02.016>
4. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como Estratégia de Aprendizado no Ensino Médico. Rev Bras Educ Méd. 2007;31(2):176-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009>
5. Mini-CEX: um método de avaliação das competências clínicas - Essencias EduCare. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2011.
6. Balint M. O médico, o paciente e sua doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
7. Balint E, Norell JS. Seis minutos para o paciente. São Paulo: Manole; 1976.
8. Moira ST, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Ramos V. A consulta em 7 passos: Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
10. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). Rev Bras Educ Méd. 2009;33(2):166-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>

11. Holmboe ES, Yepes M, Williams F, Huot SJ. Feedback and the mini clinical evaluation exercise. *J Gen Intern Med.* 2004;19(5 Pt 2):558-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30134.x>
12. Nair BR, Alexander HG, McGrath BP, Parvathy MS, Kilsby EC, Wenzel J, et al. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) for assessing clinical performance of international medical graduates. *Med J Aust.* 2008;189(3):159-61.
13. Marcial TM, Paulino UHM, Neves LJVA, Lages AF, Valacio R. Manual para as Comissões de Residência Médica – COREMES. Belo Horizonte: Associação de Apoio à Residência Médica de Minas Gerais; 2016.
14. Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. Manual da Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.

Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS

Residence in family and community medicine: building networks
of learning in the SUS

*Residencia de medicina de familia y comunidad: construyendo
redes de aprendizajes en el SUS*

Ricardo de Sousa Soares^a

Felipe Proença de Oliveira^b

Alexandre José de Melo Neto^b

Danyella da Silva Barreto^b

André Luís Bonifácio de Carvalho^b

Juliana Sampaio^b

Alexandre Medeiros de Figueiredo^b

Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar aspectos organizacionais e pedagógicos de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo, tipo relato de experiência tendo como foco de análise os aspectos organizacionais e pedagógicos que foram desenvolvidos para fomentar a integração ensino e serviço e a construção de espaços pedagógicos na APS. **Resultados:** Trata-se de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade instituído numa parceria entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB. Observa-se que o fortalecimento da integração ensino-serviço e da construção de um modelo pedagógico que integra ações da residência e da graduação em serviços da atenção primária são norteadores da implantação do programa. Existem dispositivos organizacionais para um processo de cogestão entre a universidade e secretaria municipal trazendo inovações estruturais no processo de ensino-aprendizagem. Os residentes assumem a Equipe de Saúde da Família em Unidades Integradas, contando com um preceptor local contratado, além de professores de campo e núcleo da universidade. Como oferta de outros saberes relevantes para a atuação na Atenção Básica, o PRMFC da UFPB tem atualmente investido em ações de educação permanente para qualificar a rede e aumentar a resolutividade da Atenção Primária. **Conclusão:** Acredita-se que a presença do PRMFC/UFPB vem contribuindo para a qualificação de serviços, ressignificando espaços de ensino aprendizagem através da integração dos módulos horizontais, o internato e a residência.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Internato e Residência; Serviços de Integração Docente-Assistencial

^a Departamento de Promoção da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. ricardosousasoares@gmail.com (Autor correspondente)

^b Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@hotmail.com; halemao_jp@hotmail.com; dany_barreto@yahoo.com.br; andrebc4@gmail.com; julianasmp@hotmail.com; potiguar77@yahoo.com.br

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: 30/09/2017.
Aprovado em: 17/02/2018.

Como citar: Soares RS, Oliveira FP, Melo Neto AJ, Barreto DS, Carvalho ALB, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629)

Abstract

Objective: The objective of this work is to analyze the organizational and pedagogical aspects of a Residency Program in Family and Community Medicine. **Methods:** A descriptive study was carried out, in the form of an experience report, focusing on the organizational and pedagogical aspects that were developed to foster the integration of teaching and service and the construction of pedagogical spaces in APS. **Results:** This is a residency program in Family and Community Medicine established in a partnership between the Universidade Federal da Paraíba (UFPB) and the Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB. It is observed that the strengthening of the teaching-service integration and the construction of a pedagogical model that integrates actions of residence and graduation in primary care services are guiding the implementation of the program. There are organizational mechanisms for a process of co-management between the university and the municipal secretariat bringing structural innovations in the teaching-learning process. Residents take on the Family Health Team in Integrated Units, with a local preceptor hired, as well as field teachers and core university. As an offer of other relevant knowledge to perform in Primary Care, the PRMFC of UFPB has currently invested in continuing education actions to qualify the network and increase the resoluteness of Primary Care. **Conclusions:** It is believed that the presence of the PRMFC/UFPB has been contributing to the qualification of services, changing spaces of teaching learning through the integration of the horizontal modules, the boarding school and the residence.

Keywords: Family Practice; Internship and Residency; Teaching Care Integration Services

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar los aspectos organizacionales y pedagógicos de un Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, que tiene como enfoque de análisis los aspectos organizacionales y pedagógicos que fueran desenvueltos para fomentar la integración de enseñanza y servicio y la construcción de espacios pedagógicos en la APS. **Resultados:** Se trata de un programa de residencia en Medicina de Familia y Comunidad instituido en una sociedad entre la Universidade Federal da Paraíba (UFPB) y la Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB. Se observa que el fortalecimiento de la integración enseñanza-servicio y de la construcción de un modelo pedagógico que integra acciones de la residencia y de la graduación en servicios de atención primaria son orientados de la implantación del programa. Existen dispositivos organizacionales para un proceso de cogestión entre la universidad y la secretaría municipal trayendo innovaciones estructurales en el proceso de la enseñanza-aprendizaje. Los residentes asumen el Equipo de Salud de la Familia en Unidades Integradas, contando con un preceptor local contratado, además de profesores de campo y núcleo de la universidad. Como oferta de otros saberes relevantes para la actuación en la Atención Primaria, el PRMFC de la UFPB tiene actualmente invertido en acciones de educación permanente para calificar la red y aumentar la resolución de la Atención Primaria. **Conclusiones:** Se cree que la presencia del PRMFC/UFPB viene contribuyendo para la calificación de servicios, resignificando espacios de enseñanza aprendizaje a través de la integración de los módulos horizontales, el internado y la residencia.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Internado y Residencia; Servicios de Integración Docente Asistencial

Introdução

A existência de profissionais com competências para atuar respondendo às necessidades de saúde da população é considerada estratégica para qualificar a assistência. No Brasil, há desde a década de 70 iniciativas de qualificação do ensino médico através do fortalecimento da integração ensino e serviço e da busca por uma formação em todos os níveis de atenção, demandando, assim, uma ampliação dos cenários de prática e novas formas de interagir com a rede de saúde.¹

No âmbito da graduação, a busca por uma formação generalista e uma maior inserção na atenção primária a saúde (APS) foram sendo incorporadas às normativas educacionais e políticas de reorientação da formação, inclusive com o estabelecimento de uma carga horária específica para o internato neste nível de atenção.²

Em relação à formação de especialistas, a Medicina de Família e Comunidade é uma das áreas estratégicas no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas.³ Em 2013, o Programa Mais Médicos estabelece a universalização do acesso à residência médica e a necessidade de realização de um a dois anos do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica, induzindo assim a necessidade de maior ampliação dos PRMFC.^{4,5}

O processo de expansão das residências em medicina de família e comunidade (RMFC) e a ampliação das atividades da graduação na APS geram um debate quanto às estratégias pedagógicas e arranjos organizacionais necessários para garantir a qualidade do ensino num cenário com características diferentes do ambiente hospitalar. Assim, o presente artigo tem como objetivo discutir e propor algumas modelagens e ferramentas formativas em RMFC, apontando algumas potencialidades e desafios para a construção de uma rede de aprendizagens no SUS pautada pelo sinergismo entre as ações pedagógicas de uma instituição de ensino e as demandas assistenciais apontadas pela gestão municipal. Para tanto, apresenta a experiência do PRMFC, ofertado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, do PRMFC/UFPB. A coleta de informações para a construção deste relato foi realizada a partir da leitura e análise documental do projeto Político Pedagógico da residência da UFPB, de Portarias, registros de atas e das normas que regem este tipo de programa de especialização. Além dos documentos, foi relatada a vivência dos profissionais envolvidos, da equipe dirigente que esteve presente em reuniões e fóruns locais, regionais e nacionais que facilitaram uma visão ampla da realidade pré e pós-organização do PRMFC no município de João Pessoa, Paraíba.

Resultados e discussão

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da UFPB inicia sua primeira turma em 2010 em um contexto nacional no qual vivia-se um momento de fortalecimento da Atenção Básica (AB), da implantação das diretrizes curriculares de medicina de 2001 e do novo projeto pedagógico do curso de medicina, que preconizava uma formação generalista.^{6,7} Acreditando-se que a RMFC teria um potencial de indução de mudanças nos serviços, bem como contribuiria na formação de profissionais capazes de responder às necessidades em saúde da população, apostou-se na criação da residência.

A implantação da Residência em Medicina de Família e Comunidade

A proposição da PRMFC/UFPB ocorreu, como vimos acima, em um contexto de implementação da reforma curricular na graduação de medicina da universidade e de necessidade de expansão e qualificação dos cenários de prática da APS. No arranjo proposto, o residente assume o papel de médico da unidade com o apoio de uma preceptorial local e de professores.

Desse modo, a residência foi criada junto a comissão de residência médica da UFPB, tendo inicialmente como cenário de ensino duas Unidades de Saúde da Família (USF) que contavam com atividades da graduação. Para efetivar a RMFC, foi fundamental o compartilhamento da gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP). Se inicialmente a inserção da residência nas UBS foi através da graduação, com a sua ampliação do número de vagas foi necessário estabelecer normativas que garantissem sua expansão e qualificação.

Uma análise da política local de saúde e da organização da rede escola culminou com a publicação da portaria 18 de 2016 que dispõe especificamente sobre o desenvolvimento dos programas de residência de MFC no município e viabilizou a criação do Colegiado Gestor da RMFC.⁸ Essa instância é responsável pela tomada de decisões conjunta da gestão municipal com as diversas instituições de ensino e realiza o planejamento e monitoramento das atividades desenvolvidas nos cenários de prática, incluindo a representação dos residentes. A mesma portaria viabilizou o pagamento de uma bolsa complementar ao residente e a contratação de preceptores com disponibilidade para as ações formativas com descrito a seguir.

As USFs de João Pessoa seguem em sua maioria um modelo que integra quatro equipes de saúde da família, chamadas de Unidades Integradas. Na constituição da Rede Escola da SMS-JP estas unidades são preferenciais para a integração de atividades da graduação dos cursos de Medicina e de outros cursos da área de saúde, internato, além da própria residência em MFC e Multiprofissional. Com relação à residência, este desenho possibilitou a inserção de vários residentes em uma mesma USF (média de quatro residentes) junto com um preceptor, potencializando o processo de educação permanente junto às equipes e favorecendo um trabalho mais integrado, conforme veremos adiante.

A Residência ampliou a articulação do próprio corpo docente, uma vez que possui uma concepção pedagógica que integra ações de cuidado realizadas por equipes multiprofissionais com ações relacionadas a área da Saúde Coletiva. Esta característica possibilitou a organização de um corpo interdisciplinar, agregando profissionais da medicina, nutrição, enfermagem, fisioterapia e psicologia. Especificamente entre os professores com formação médica, foi possível acolher e articular professores com especialização em medicina de família e comunidade, medicina preventiva e social, saúde coletiva e em clínica médica.

Os atores pedagógicos e o desenho organizativo

O médico-residente de MFC da UFPB assume a função de médico na equipe de saúde da família da qual faz parte. Em contextos especiais em que há grande demanda assistencial, seja pelo perfil ou tamanho da população adscrita (acima de 4.000 pessoas), dois residentes são inseridos conjuntamente em uma mesma equipe de saúde. Além da bolsa de residência ofertada pelo Ministério da Educação (MEC), recebe uma bolsa complementar da SMS-JP como forma de tornar a residência atrativa também financeiramente.

Para receber os residentes nos serviços de saúde e colaborar para produzir processos de aprendizagens que envolvam não apenas os residentes, mas também os demais profissionais das equipes de saúde da família, foi proposta uma rede de atores com diferentes e articuladas atribuições.

Em cada unidade de saúde integrada, há um preceptor médico contratado pela SMS-JP com especialização em Medicina de Família e Comunidade ou área afim ou com reconhecida experiência na Estratégia de Saúde da Família. Seu papel é estratégico para o suporte clínico e de gestão no âmbito da unidade básica e na relação com a gestão municipal, destacando-se dentre as premissas básicas: auxiliar os médicos residentes na resolução de problemas relacionados à clínica e/ou ao processo de trabalho; participar do processo de avaliação dos residentes; participar do colegiado de acompanhamento dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade; apoiar o processo de trabalho das equipes de saúde da família onde estão inseridos os médicos residentes; e sempre que necessário dar

retaguarda técnica e assistencial a, em média, quatro médicos residentes. Um dos grandes desafios no momento atual é a viabilização de estratégias de fixação do egresso da residência, tema ainda em debate nos espaços de gestão compartilhada.

Juntamente com os preceptores, estão vinculados a cada serviço dois professores da UFPB, um designado como tutor de campo e outro como tutor de núcleo. As atribuições dos docentes de campo e núcleo são: apoiar os preceptores no desenvolvimento de competências pedagógicas e ações de preceptoria; participar das atividades de educação permanente na unidade; atuar como referência da UFPB para as ações da residência; buscar a integração das atividades da residência com a graduação e internato nos territórios; realizar aulas teóricas do programa; auxiliar os/as residentes na resolução de problemas relacionados à clínica e/ou ao processo de trabalho; realizar avaliação juntamente com os preceptores; propor novas tecnologias para o processo de trabalho da unidade e orientar os trabalhos de conclusão de curso dos residentes.

Cabe destacar que as tutorias de núcleo são realizadas por médicos de família e têm como função dar suporte às práticas clínicas por meio da incorporação de ferramentas da clínica ampliada e de outras ferramentas do escopo da MFC, como o Método Clínico Centrado na Pessoa, Habilidades de Comunicação Clínica, Técnicas de Abordagem Familiar, entre outras.

A tutoria de campo dá suporte às práticas territoriais e de processo de trabalho com as equipes de saúde, de planejamento, gestão e educação popular e são desempenhadas tanto por professores médicos quanto por professores de outros campos profissionais. Aos professores de outros núcleos disciplinares cabe também dar suporte clínico ampliado, com matriciamento em áreas específicas como saúde mental, fisioterapia, nutrição, entre outros.

Na função de tutoria, seja de campo ou núcleo, cada professor deve ofertar em média 4 horas semanais no serviço, integrando em suas atividades os internos de medicina, os preceptores da residência e, sempre que possível, os demais profissionais do serviço, na perspectiva da integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde.

Além destes atores pedagógicos ligados diretamente à residência, cinco das sete USFs com residência recebem atividades com alunos de graduação em medicina através dos módulos horizontais do primeiro, segundo, quarto e quinto semestre, sendo os dois primeiros mais ligados ao reconhecimento do território e das equipes e os dois últimos direcionados a prática clínica da AB.⁹

Neste contexto, cada um destes módulos tem cerca de 12 estudantes de medicina e mais um professor que, atuando um turno por semana em atividade na USF, permite interações potentes com a residência na construção de atividades coletivas e assistenciais, auxiliando na construção de grupos, hortas comunitárias e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de casos complexos. A interação desse conjunto de atores é de fundamental importância na construção das reflexões sobre as questões cotidianas da residência envolvendo tanto as questões de ensino-aprendizagem, quanto as de gestão e assistência.

O itinerário formativo

Durante o programa, o residente desenvolve a maior parte de sua carga horária em atividades na AB. Além destas, realiza estágios em serviços de maior densidade tecnológica das redes municipal e/ou

estadual de saúde, e participa de atividades teóricas, perfazendo as 60 horas semanais, de acordo com as regulamentações mínimas para os PRMFC.¹⁰

As atividades na AB incluem atendimentos ambulatoriais individuais e em grupos, atividades educativas e de educação permanente, territorialização, vigilância em saúde, visitas domiciliares, atividades comunitárias, gestão do processo de trabalho em equipe, dentre outras. Para a proposição dessas atividades, tem sido fundamental a articulação de saberes da MFC com da saúde coletiva e da educação popular, advindos das tutorias de núcleo e campo.

As atividades de estágio são realizadas em rodízio ambulatorial, em um turno semanal diurno, e em plantão em um turno semanal noturno, por em média dois meses em cada serviço. A definição dos cenários de aprendizagem é feita em pactuação entre os residentes, seus preceptores e tutores, a coordenação do programa de residência, secretaria de saúde e serviços de saúde.

Essa definição deve considerar o projeto pedagógico do programa, o itinerário de aprendizagem individual de cada residente, as demandas de seu serviço (que requerem mais aproximação e conhecimento de determinadas redes temáticas de cuidado) e a pactuação com os serviços da rede, que precisam garantir estrutura e profissional de referência para receber os residentes.

As atividades teóricas da residência se constituem principalmente da participação dos residentes em tutorias de campo e de núcleo e nas aulas teóricas, que acontecem em um turno semanal, além do tempo destinado a realização do TCC. As aulas são realizadas em turnos distintos para os R1 e os R2, sendo oferecidas por professores do DPS e outros professores, pesquisadores e profissionais convidados. Em geral, são utilizadas metodologias ativas que potencializem o processo de aprendizado. Os temas das aulas abrangem ferramentas e discussões próprias da MFC, da saúde coletiva e da educação popular em saúde, além de temas que estejam vinculados aos eixos estratégicos da implementação da Política Nacional de Atenção Básica.

Em todo esse processo, os residentes são estimulados a desenvolverem autonomia na construção do seu próprio conhecimento, de forma que se tornem gerenciadores do seu aprendizado, a partir das necessidades de sua comunidade e dos seus próprios interesses. Neste sentido, são estimulados a fazer estudo imediato, utilizar aplicativos para a área médica, acessar o portal saúde baseado em evidências, tirar dúvidas no telessaúde, construir PTS de casos complexos e fazer formações a distância, como o curso de preceptoria oferecido pelo MS.¹¹

Em articulação a estas atividades, o residente é estimulado, ainda, a fazer a preceptoria dos alunos do internato de medicina da UFPB, com suporte do preceptor local e tutores (de campo e núcleo), apoiar as atividades da graduação (dos módulos horizontais) e se envolverem em atividades de pesquisa e extensão que professores da UFPB desenvolvem nas unidades de saúde. Estas atividades visam preparar o residente para a preceptoria, compreendendo que os serviços públicos de saúde são unidades-escola para a formação em saúde, em especial para o SUS.¹²

A aposta na construção de itinerários pedagógicos singulares às demandas de cada residente, sua equipe de saúde e seu território vem contribuindo para a qualificação de serviços, resignificando espaços de ensino aprendizagem, produzindo redes colaborativas,¹³ tornando as unidades de saúde vinculadas ao PRMFC reconhecidas por projetos inovadores que acabam tensionando mudanças em outros serviços da rede de saúde.

Nesta direção, o PRMFC da UFPB tem produzido diversas ofertas formativas (cursos, treinamentos, educação permanente e matriciamento) sobre variados temas e práticas em saúde, não apenas para seus residentes, mas para demais profissionais da rede de serviços, em especial da AB. Tais ofertas têm contado com o suporte dos docentes do programa de residência e da UFPB e com a articulação com serviços e profissionais da rede municipal de saúde que realizam cursos teóricos ou fornecem estágios práticos.

Como uma dessas ofertas, foi realizado em 2011 um curso de especialização em saúde da família para médicos da ESF do município. Além disso, cursos de pequena duração são ofertados, em parceria com projetos de extensão da UFPB, sobre diversos temas, como Práticas Integrativas e Complementares (em especial, fitoterapia, auriculoterapia, terapia comunitária e terapia floral), boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, pequenos procedimentos como colocação de dispositivo intrauterino e acolhimento, dentre outros.

Estas formações têm repercutido diretamente no cotidiano dos serviços de saúde, ampliando o escopo das ofertas de cuidado e organização dos processos de trabalho. Nas USF vinculadas ao PRMFC, os médicos participaram ativamente do acolhimento dos usuários,¹⁴ realizam pequenos procedimentos, participam da construção e manutenção de hortas comunitárias, e ofertam fitoterapia, auriculoterapia e terapia floral, ressignificando o papel cuidador das equipes de AB.

O presente modelo formativo é uma aposta que parece diferenciar nosso PRMFC, mas que também demanda constante articulação de atores e processos, encontros e pactuações. É uma construção cotidiana, permanente e dialógica, um fazer no, pelo e para o trabalho vivo em ato, que se coaduna com a perspectiva da educação permanente em saúde.¹⁵ Uma opção formativa que aposta na diversidade, no trabalho colaborativo e interdisciplinar,¹⁶ e principalmente no protagonismo dos atores nela envolvidos.

Considerações finais/Conclusões

Para além disso, o PRMFC tem sido importante para a universidade rediscutir o seu papel junto aos serviços, reforçando o compromisso social da universidade com as necessidades sociais e, conseqüentemente, com a qualificação do SUS.

E para os estudantes, além do PRMFC oferecer preceptores qualificados e comprometidos com a formação de médicos voltados para as necessidades do SUS, temos visto crescer o desejo de fazer a residência de MFC entre os estudantes, movimento que já tem se concretizado com ingresso de formandos da UFPB nas 2 últimas turmas da RMFC.

Apesar disso, é importante salientar que o PRMFC/ UFPB ainda é um programa de início recente e segue a cada ano passando por mudanças. As dificuldades existentes na rede assistencial, a grande carga de doença e a vulnerabilidade social da população assistida são desafios que demandam um processo contínuo de reflexão.

Referências

1. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(Suppl 1):743-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [acesso 2015 Jul 6]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=20138&Itemid=866

3. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev Bras Educ Méd.* 2013;37(1):72-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>
4. 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: Ministério da Saúde; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES Nº. 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
8. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Portaria Nº. 018.2016 06 de maio de 2016. Estabelece normas para a atuação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do município de João Pessoa – PB e dá outras providências. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa; 2016.
9. Gomes LB, Sampaio J, Lins TS. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. *Saúde Redes.* 2014;1(1):39-46.
10. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº. CNRM 01 /2015, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 139, de 18 de março de 2016. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsa-formação para os médicos-residentes participantes do curso de formação de preceptores para os Programas de Residência na modalidade de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
12. Ceccim RB, Bravin FP, Santos AA. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum.* 2009;28:159-80.
13. Sampaio J, Gomes IB. Potencialidades e desafios para a construção de redes colaborativas universidades-SUS: reflexões a partir da experiência da avaliação externa do PMAQ-AB. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, orgs. *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.* 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 219-34.
14. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu).* 2009;13(31):315-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>
15. Bomfim ES, Araújo IB, Oliveira BG, Moreira RM, Rocha RM, Boery RNO. Educação permanente em saúde: discussão das práticas educativas na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2016;10(8):2833-7.
16. Aguiar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas).* 2011;16(1):167-84.

A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência

The implementation of Medical Residency Programs in Family and Community Medicine in a capital of the Southeast Region, Brazil: experience report

La implementación de Programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad en una capital de la Región Sudeste, Brasil: relato de experiencia

Thiago Dias Sarti^a
Marcello Dala Bernardina Dalla^b
Tânia Mara Machado^c
Mary Cristina França de Oliveira Fonseca^c
Sandra Mara Soeiro Bof^c
José de Almeida Castro Filho^d
Mônica Cola Carriello Correa^c
Sérgio Renato Miranda Torres^c
Sheila Cristina de Souza Cruz^c

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

^b Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
marcellobdalla@gmail.com

^c Escola Técnica do SUS, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, Vitória, ES, Brasil.
gtestagiopesquisa@gmail.com

^d Médico de Família e Comunidade, Unimed Vitória, Vitória, ES, Brasil.
jcfnit@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Discutir o processo de implantação de três Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em uma capital da Região Sudeste do Brasil na perspectiva da interface dos programas com a organização do sistema de saúde local. **Método:** Trata-se de um relato de experiência oriundo das vivências dos supervisores dos programas e da equipe técnica do município responsável pela gestão da integração ensino-serviço. Foi produzida uma narrativa significativa aos atores do processo em momento presencial coletivo. Uma matriz SWOT foi elaborada para elencar os fatores que influenciam a implementação dos PRM-MFC na rede de serviços. **Resultados:** Há três PRM-MFC em atividade no município, todos em estágio inicial de implementação, totalizando nove vagas de R1. Os residentes são beneficiados por uma rede de serviços bem estruturada, diversificada e informatizada, incluindo preceptores sensibilizados e um forte apoio multiprofissional. Contudo, há questões que dificultam esse processo, como a incipiente política de valorização da preceptoria, as insuficiências do modelo de atenção primária existente para a formação médica, as dificuldades na gestão compartilhada do processo e a pouca legitimidade da RM perante a comunidade e os trabalhadores do serviço. **Conclusão:** Há íntima relação entre o desenvolvimento da rede local de saúde, em particular da APS, com a qualidade do PRM. Assim, é fundamental ter em vista não apenas as questões pedagógicas, mas também todo um conjunto de dispositivos de gestão compartilhada e qualificação da rede de serviços.

Palavras-chave: Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade; Política de Saúde

Como citar: Sarti TD, Dalla MDB, Machado TM, Fonseca MCFO, Bof SMS, Castro Filho JA, et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1684)

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: 30/01/2018.
Aprovado em: 07/03/2018.

Abstract

Objective: Discuss the implementation process of three Medical Residency Programs in Family and Community Medicine (PRM-MFC) in a capital city of the Southeast Region of Brazil, in the perspective of the interface of the programs with the organization of the local health system. **Method:** This is an experience report from the experiences of the program supervisors and the technical team of the municipality responsible for integration of teaching-service. A significant narrative to the actors of the process was produced in a collective presencial moment. A SWOT matrix was developed to list the factors that influence the implementation of PRM-MFC in the health service network. **Results:** There are three PRM-MFC in activity in the municipality, all in the initial stage of implementation, totaling nine vacancies of R1. Residents are benefited by a well-structured, diversified and computerized service network, including sensitized preceptors and strong multi-professional support. However, there are issues that complicate this process, such as the incipient preceptory valorization policy, the insufficiencies of the existing primary care model for medical training, the difficulties in the shared management of the process, and the lack of legitimacy of RM before the community and service workers. **Conclusion:** There is an intimate relationship between the development of the local health care network, in particular APS, with the quality of the PRM. Thus, it is essential to look not only at pedagogical issues, but also at the whole set of shared management devices and qualification of the service network.

Keywords: Internship and Residency; Family Practice; Health Policy

Resumen

Objetivo: Discutir el proceso de implantación de tres Programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad (PRM-MFC) en una capital de la Región Sudeste de Brasil en la perspectiva de la interfaz de los programas con la organización del sistema de salud local. **Método:** Se trata de un relato de experiencia oriundo de las vivencias de los supervisores de los programas y del equipo técnico del municipio responsable por la gestión de la integración enseñanza-servicio. Se produjo una narrativa significativa a los actores del proceso en un momento presencial colectivo. Una matriz SWOT fue diseñada para definir los factores que influyen la implementación de los PRM-MFC en la red de servicios. **Resultados:** Hay tres PRM-MFC en actividad en el municipio, todos en etapa inicial de implementación, totalizando nueve vacantes de R1. Los residentes se benefician de una red de servicios bien estructurada, diversificada e informatizada, incluidos los preceptores sensibilizados y un fuerte apoyo multiprofesional. Sin embargo, hay cuestiones que dificultan este proceso, como la incipiente política de valorización del acompañamiento y orientación del preceptor, las insuficiencias del modelo de atención primaria existente para la formación médica, las dificultades en la gestión compartida del proceso y la poca legitimidad de la RM ante la comunidad y los trabajadores del servicio. **Conclusión:** Hay una relación íntima entre el desarrollo de la red local de salud, en particular de la APS, con la calidad del PRM. Así, es fundamental tener en cuenta no sólo las cuestiones pedagógicas, sino también todo un conjunto de dispositivos de gestión compartida y calificación de la red de servicios.

Palabras clave: Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria; Política de Salud.

Introdução

A residência médica (RM) é o principal meio de formação médica em nível de pós-graduação, sendo considerada a formação por excelência de especialistas na área médica.^{1,2} É etapa obrigatória na formação do profissional médico em parte significativa dos países,³ embora no Brasil essa ainda não seja a realidade. E, embora sejam necessárias evidências científicas mais robustas, é consensual apontar a especialização médica no formato de residência médica como etapa fundamental no sentido de oferecer à sociedade um profissional médico adequado com vistas ao atendimento de suas necessidades.⁴

Isso não é diferente para a prática médica na Atenção Primária à Saúde (APS). Válida para qualquer sistema de saúde, seja universal ou mesmo local, público ou privado, entende-se que a adequação quantitativa e qualitativa da força de trabalho de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é estratégia salutar para a qualificação da APS.⁵ E sabe-se que uma APS bem estruturada resulta em melhores indicadores de saúde populacionais, maior equidade na atenção à saúde, custos mais favoráveis para a sociedade, coordenação sistêmica mais efetiva e maior segurança para os usuários dos serviços de saúde.⁶⁻⁸

Assim, tem-se um círculo virtuoso que correlaciona a formação especializada em MFC, o fortalecimento da APS e a qualificação do sistema de saúde, sendo isso algo socialmente necessário e desejável.^{3,5,7,9} Não por acaso países desenvolvidos com sistemas de saúde consolidados investem e regulam fortemente seu aparato de especialização médica em nível de residência, destinando parte significativa das vagas para a MFC.³

Os primeiros Programas de RM em MFC (PRM-MFC) do Brasil surgiram em 1976, sendo que o respaldo legal para o funcionamento desses programas junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) viria apenas em 1981 e o reconhecimento da especialidade pelo Conselho Federal de Medicina ocorreu muito tempo depois, em 1986.^{9,10} É importante frisar tais marcos históricos iniciais desse processo de consolidação da formação em MFC e seu reconhecimento enquanto especialidade médica para ilustrar os enormes desafios históricos que acompanham a constituição e expansão da MFC no Brasil desde suas origens.

Contudo, alguns marcos recentes efetivamente promoveram o fortalecimento da especialidade no país. Sem aprofundar na discussão específica sobre cada programa, é possível citar a própria criação da Estratégia de Saúde da Família na década de 1990, que aumentou substancialmente o mercado de trabalho e a relevância da MFC e da APS no país; outros programas do governo federal, como o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Prioritárias (Pró-Residência), com oferta de bolsas para RM em todo o país; e o Programa Mais Médicos, que de certa forma buscou interferir na formação médica na direção de uma prática generalista e mais próxima das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).² Além disso, é importante destacar a opção política feita por diversas gestões municipais pelo fortalecimento de sua rede de APS, o que incluiu maiores investimentos na formação do MFC: maior atratividade profissional, valorização da formação específica em MFC (RM ou Título de Especialista) e a criação de PRM-MFC municipais, a se destacar Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis.^{9,11-13}

Dessa forma, houve um aumento substancial de vagas para RM em MFC no país nos últimos anos, impactando de maneira positiva o número de especialistas em MFC que entram no mercado a cada ano.^{13,14} Essa expansão dos PRM-MFC aponta para a necessidade de se discutir profundamente os desafios postos à gestão de PRM em nível local ligados à rede municipal de APS. São inúmeras as dificuldades experimentadas nesse processo de formação do MFC, incluindo a construção de estrutura física adequada para o processo de ensino-aprendizagem do residente, a valorização e formação do preceptor médico para a RM, o desenvolvimento das interfaces de trabalho entre gestão e instituições de ensino responsáveis pelos PRM, a melhoria da estrutura de ensino em MFC/APS nas instituições de ensino, o aumento da taxa de ocupação das vagas dos PRM-MFC e de fixação dos residentes na RM e a qualificação de todo o processo de planejamento e execução pedagógica do PRM com vistas à formação ótima do especialista em MFC.^{9,11-15}

É nesse sentido que este relato de experiência busca apresentar algumas questões do processo de implantação de três PRM-MFC na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, na perspectiva da interface dos programas com a realidade do município, não sendo objeto específico deste relato as questões pedagógicas da RM. A difusão de tais experiências é salutar na medida em que pode contribuir para o amadurecimento das políticas de formação em MFC no Brasil e pode trazer reflexões importantes para outras localidades que iniciam ou estão consolidando suas próprias experiências formativas.

Método

Este relato baseou-se nas experiências dos autores em todo o processo de implantação e consolidação da RM em MFC no município, sendo o grupo composto por gestores municipais do processo de integração ensino-serviço e supervisores dos PRM-MFC situados localmente. Os autores são pessoas profundamente envolvidas com essas questões por longo período de tempo, sendo alguns dos principais responsáveis pela organização do processo de implementação dos PRM-MFC no município. Dessa forma, este relato foi produzido a partir dessas vivências e das narrativas desses distintos sujeitos imersos na realidade descrita. Em momento presencial, as diferentes visões sobre o processo foram confrontadas, amadurecidas e enriquecidas, sendo produzida uma narrativa significativa a todo o grupo. Essa narrativa contempla uma descrição da APS e dos PRM-MFC do município e uma análise sobre os desafios territoriais encontrados durante a implementação dos programas, sob a ótica dos autores do artigo. E para auxiliar essa dinâmica, utilizou-se uma técnica de matriz do tipo SWOT (acrônimo para *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*) para a sistematização dos principais pontos que na visão dos autores influenciam a concretização dos PRM-MFC na rede de serviços municipal.

A Atenção Primária à Saúde no município de Vitória

Vitória é a capital do Espírito Santo e está localizada na Região Metropolitana de Vitória, conurbação que incorpora outros cinco municípios nos quais reside praticamente metade da população capixaba. Possui população estimada para o ano de 2017, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹⁶ de 363.140 habitantes e densidade demográfica de 3.761,7 habitantes por quilômetro quadrado. É a cidade com maior salário médio mensal dos trabalhadores formais e quinto maior PIB per capita do estado, apresentando altas taxas de escolaridade e bons indicadores de saúde. Em sentido histórico, Vitória é a cidade onde se instalou a maior parte da rede de alta complexidade em saúde do estado, possuindo uma vasta quantidade de equipamentos especializados e hospitalares públicos e privados.¹⁷

O município passou por diversas modelagens assistenciais de sua rede de atenção ao longo das décadas, tendo iniciado a implantação da Saúde da Família ainda em 1998 com cinco equipes de Saúde da Família (eSF) e 39 equipes de Agentes Comunitários de Saúde.¹⁷ Atualmente a organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange seis regiões (região 1: Santo Antônio; região 2: Maruípe; região 3: São Pedro; região 4: Forte de São João; região 5: Continental; região 6: Centro) e 29 Territórios de Saúde, o que corresponde ao número de Unidades Básicas de Saúde (UBS).¹⁸ Das 29 UBS, apenas sete não possuem Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que três destes serviços acomodam equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). As 22 Unidades de Saúde da Família (USF) possuíam, em agosto de 2017, 78 eSF em exercício, gerando uma cobertura populacional estimada de aproximadamente 80%, subindo para 88% quando se considera toda a APS do município.¹⁹

As USF do município são informatizadas há nove anos e contam com um sistema virtual de gestão plena da atenção à saúde desenvolvido pela equipe de desenvolvimento tecnológico da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Esse sistema, denominado Rede Bem-Estar, interliga todos os serviços de saúde do município, incluindo UBS/USF, prontos atendimentos, farmácias, serviços odontológicos e laboratoriais, e centros de referência e de especialidades. Possui um prontuário eletrônico desenvolvido pela mesma equipe

e integrado a outras ferramentas de gestão: principais Sistemas de Informação em Saúde interligados com a Vigilância em Saúde; agenda de atendimentos dos profissionais; serviços de monitoramento de qualidade da atenção pelo usuário com o uso de mensagens de celular (SMS); e atestados médicos validados pelo QR Code. Em 2017, foi implantado um serviço de agendamento de consultas médicas *online* (incluindo um módulo disponível para aplicativos para smartphones), integrado a Rede Bem-Estar.

Além disso, as eSF atuam em interface com as equipes de saúde bucal e uma equipe de profissionais de suporte com carga horária semanal de 40 h, incluindo educador físico, psicólogo, farmacêutico, assistente social e, em alguns lugares, fonoaudiólogo e nutricionista. As eSF também contam com o suporte de Apoio Matricial em algumas áreas estratégicas (Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Infecções Sexualmente Transmissíveis) e de oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I. E foram inseridos links na Rede Bem-Estar para que o profissional acesse diretamente os serviços de teleconsultoria assíncrona do Programa Telessaúde Espírito Santo.

Algo incomum no país, o município conta com uma Escola Técnica do SUS (ETSUS), sendo uma estrutura específica de gestão da interface ensino-serviço-comunidade e do processo de educação permanente profissional. É um espaço de discussão, formulação, articulação e proposição de ações de educação permanente em saúde, a partir do perfil epidemiológico da população, dos processos de organização do cuidado em saúde e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Dentre os inúmeros projetos e iniciativas gerenciadas pela ETSUS, encontram-se toda a inserção de graduandos da área da saúde em estágios curriculares e atividades práticas nos serviços de saúde municipal (3.019 estudantes frequentaram as UBS em 2017), experiências como o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde)²⁰ e parte significativa da gestão do planejamento, implementação e monitoramento dos PRM em MFC.

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Vitória

Em 2017, o município de Vitória contava com três PRM-MFC atuando em seus serviços de APS, em prontos atendimentos e em serviços especializados. As principais características desses três PRM estão descritas na Tabela 1. É importante destacar que o primeiro PRM-MFC do estado funcionou, no período de 1982 a 1996, em um serviço de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Espírito Santo localizado no município de Vitória (nessa época, a MFC atendia pelo nome de Medicina Geral e Comunitária).¹⁰ O encerramento das atividades desse programa deve-se fundamentalmente à falta de candidatos às vagas ofertadas, o que dentre outros motivos decorreu do ainda incipiente mercado de trabalho para o MFC à época, sendo importante lembrar que a forte expansão do modelo Saúde da Família de APS ocorreria posteriormente.¹⁹ Novas vagas de residência em MFC só seriam ofertadas no ES quase 20 anos depois.

A gestão dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Vitória

A gestão dos PRM-MFC no município ocorre de forma bipartite, considerando que as instituições supervisoras dos programas estabelecem convênios com a secretaria de saúde no sentido de oferecer as vagas de residência à sociedade. Nesse sentido, a atuação das instituições supervisoras nesse processo se materializa em suas respectivas Comissões de Residência Médica (COREME), com as quais se vinculam

Tabela 1. Características dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que atuam na rede de atenção à saúde do município de Vitória-ES, 2017.

	EMESCAM	UFES	Unimed Vitória
Ano de criação	2014	2015	2015
Natureza da instituição conveniada	Filantrópica	Pública	Privada
Número de vagas de R1	4	3	2
Ocupação das vagas de R1 em 2017 (%)	75	66,6	100
Número de egressos até 2017	3	0	0
Número de UBS utilizadas	2	2	1
Relação Preceptor (40 h):Residente	1,5:4	1:2	1:1
Complementação de bolsa-residente	Não	Não	Não

os respectivos coordenadores dos PRM, todos MFC com residência na área. Assim, são as responsáveis pela criação do PRM junto à CNRM e pela sua coordenação, supervisão e avaliação permanente; pela provisão de recursos suficientes para o funcionamento da COREME; pela coordenação do processo seletivo dos residentes; pela emissão do certificado de conclusão do programa; e pela gestão da vida acadêmica dos residentes, incluindo eventuais punições a estes.

Ao município, cabe a gestão plena dos serviços que receberão os residentes; o apoio à coordenação do PRM; a avaliação permanente de seu funcionamento; e a elaboração de políticas que dimensionem todo o arcabouço estrutural e assistencial no qual o residente será inserido. Em Vitória, a ETSUS possui papel fundamental em todo esse processo, contando para isso com articulações com gerências e coordenações do plano assistencial e de vigilância em saúde, bem como de desenvolvimento tecnológico.

Dessa forma, a maior parte da dinâmica de gestão dos PRM ocorre no contínuo diálogo dos supervisores dos programas com a equipe da ETSUS responsável pela residência médica e multiprofissional (Coordenação Geral e Setor de Estágio e Pesquisa). O monitoramento dos PRM se dá no planejamento integrado inicial nos serviços com os gestores, preceptores, supervisores do programa e técnicos da ETSUS; e em reuniões programadas anualmente para avaliação de atividades desenvolvidas, dificuldades identificadas e propostas de ajustes para o ano seguinte. A avaliação das atividades do residente tem especificidades em cada PRM-MFC, com a utilização das diversas metodologias ativas disponíveis, sendo condensada nas reuniões de planejamento integrado, nas sessões anuais e nos múltiplos espaços conjuntos de reuniões e supervisões locais feitas tanto pelas coordenações dos programas quanto pela equipe de gestão municipal.

Como se pode ver, todo esse processo pode encontrar algumas limitações com certo nível de fragmentação da gestão dos PRM-MFC. São três PRM, com suas respectivas e independentes COREME (responsáveis não apenas pelos PRM-MFC, mas inúmeros outros programas voltados para outros níveis de atenção), dialogando com uma SEMUS que possui uma ETSUS como seu principal interlocutor no processo de integração ensino-serviço-comunidade, mas que precisa também inserir nesse processo, com graus distintos de intensidade, outras coordenações e setores que dispõem de algum grau de autonomia na gestão de processos de trabalho que influenciarão nos resultados dos PRM. Essa fragmentação, contudo, não inviabilizou a implementação de qualquer processo junto aos PRM-MFC, talvez devido a

alguns cuidados que foram tomados ao longo desta trajetória, como criar canais integrados de gestão e também pedagógicos (em 2017, os três PRM-MFC uniram seus momentos teóricos em um único momento na ETSUS).

Avaliação da implantação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Vitória

Apesar das peculiaridades locais, pode-se dizer que os desafios enfrentados na construção dos PRM-MFC situados no município de Vitória se assemelham muito ao observado em todo o país.^{1,2,9,13,15} O Quadro 1 faz uma síntese das fortalezas e das fragilidades de todo esse processo local a partir de uma matriz do tipo SWOT (acrônimo para *Strengths, Weaknesses, Opportunities* e *Threats*) construída a partir das experiências acumuladas dos autores e de reuniões avaliativas feitas com residentes.

Quadro 1. Fatores influentes na implementação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que atuam na rede de atenção à saúde do município de Vitória-ES, 2017.

	Fortalezas	Fragilidades
Interno	<p>Estrutura física da maior parte dos serviços, com organização e higiene adequados.</p> <p>USF acessível à população.</p> <p>Informatização do serviço e desenvolvimento de sistema de gestão clínica com prontuário eletrônico (Rede Bem-Estar).</p> <p>Preceptoría presente em tempo integral e com boa relação com residente.</p> <p>Equipe de profissionais ampliada nos serviços, com bom suporte à equipe de saúde.</p> <p>Presença de matriciamento e NASF.</p> <p>Existência de uma Escola Técnica do SUS no município.</p> <p>Gestão municipal apoia o processo.</p>	<p>Heterogeneidade dos serviços em termos de processos de trabalho e estruturação (p. ex., falta de consultório para atendimento para todos os residentes).</p> <p>Contrareferência frágil de outros níveis de atenção, mesmo com a existência de prontuário eletrônico.</p> <p>Sobrecarga de trabalho do preceptor, que possui agenda de atendimento própria e precisa supervisionar o residente.</p> <p>Compreensão dos objetivos da residência médica e apoio ao programa por alguns profissionais do serviço e parte da comunidade.</p> <p>Acolhimento do residente no serviço e integração deste aos processos de trabalho da equipe de saúde.</p> <p>Suporte insuficiente da gestão para o planejamento das atividades da residência médica.</p> <p>Insuficiências estruturais e organizacionais para aumentar a carteira de serviços das UBS (p. ex., pequenos procedimentos cirúrgicos).</p>
	Oportunidades	Ameaças
Externo	<p>COREME das instituições que supervisionam os PRM.</p> <p>Experiência exitosa de valorização da preceptoría nos Hospitais da Rede Estadual de Atenção à Saúde.</p> <p>Experiências exitosas de PRM-MFC municipais no país.</p>	<p>Violência nos Territórios de Saúde.</p> <p>Instituições Supervisoras dos PRM com estrutura de ensino em MFC frágeis.</p>

Em linhas gerais, pode-se dizer que a rede municipal de APS é bem estruturada para situar os PRM-MFC. Os serviços possuem boa estrutura física; são informatizados; possuem eSF completas em sua maioria; incorporam profissionais de diversas categorias, ampliando a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado da população; e apresenta um forte aparato de gestão participativa, incluindo conselhos de gestão local, que contam com ampla participação dos usuários, e conselhos de diretores de serviços que

em alguma medida aproximam e legitimam a ESF junto à comunidade. Um destaque do município é o investimento feito no desenvolvimento de uma plataforma *online* própria que abarca um prontuário eletrônico (a já citada Rede Bem-Estar), o que facilita sobremaneira a integração do residente com o histórico dos usuários dos serviços. É consensual o impacto positivo dessa rede virtual na organização dos processos de trabalho e na qualificação da atenção à saúde, sendo um aspecto que diferencia a rede de serviços do município em relação ao que se faz no conjunto do ES.

Os profissionais que compõem as eSF são em sua grande maioria profissionais estatutários do município (aproximadamente 80% da força de trabalho da APS é concursada e possui estabilidade no trabalho), embora alguns preceptores incorporados a um PRM-MFC tenham um vínculo temporário com o município complementado por um vínculo formal com a instituição de ensino, sendo todos MFC com RM. A maioria dos profissionais médicos das eSF não possuem formação em nível de RM em MFC ou titulação como especialista na área, embora recentemente as preceptoras que atuam junto ao PRM-MFC da instituição de ensino pública tenha obtido seus títulos de especialistas em MFC. Por outro lado, mesmo sem formação específica, esses profissionais em sua maioria se vinculam com um território por longos períodos de tempos (em muitos casos, por mais de década) e passam por uma série de iniciativas de educação permanente promovidas pelo aparato formativo do município (ETSUS), sendo em geral profissionais com atuação muito sólida em APS.

O município possui uma política específica de preceptoria²¹ e uma relação de longa data com Instituições de Ensino Superior (IES) que inserem estudantes de graduação em campos de estágios nas UBS, o que faz com que haja uma discussão permanente do papel e da valorização da função de preceptoria. Fruto de um movimento de anos, recentemente o município inseriu a atuação em preceptoria em seu Plano de Cargos e Salários, embora ainda não esteja previsto nenhum auxílio financeiro para os profissionais que exercem essa função. Assim, parte significativa dos preceptores que auxiliam os PRM-MFC atua de forma voluntária. Por outro lado, as próprias instituições supervisoras dos PRM-MFC não possuem política específica de valorização dessa atuação, seja por questões burocráticas internas que dificultam a ação com profissionais que não são formalmente vinculados à instituição, seja por prioridades que não levam em consideração a importância desse profissional.

Importante frisar também que o município territorializou sua política docente-assistencial,²¹ inicialmente dando conta das graduações em saúde, mas que reverbera e organiza também a distribuição dos PRM-MFC no território. No início dos anos 2000, as IES passaram a inserir seus estudantes em serviços localizados em uma região de saúde específica, obedecendo em um primeiro momento uma lógica geográfica (a IES ocupava a região de saúde correspondente a sua localização na cidade). Há exceções a essa normativa, mas em linhas gerais tal dinâmica é potente para a administração de todo o processo de integração ensino-serviço.

Por outro lado, apesar da boa estrutura descrita acima, uma questão a ser equalizada na gestão dos PRM-MFC no município relaciona-se à heterogeneidade operacional dos serviços que recebem residentes (e também graduandos). Em algumas USF, não há consultórios suficientes para que os residentes realizem suas atividades clínicas durante toda a semana. Isso se deve a diversos fatores: subdimensionamento da USF para o número de eSF que nela atua; grande número de profissionais da equipe ampliada que utilizam consultórios regularmente para suas atividades próprias; problemas na gestão da ocupação das salas; e manutenção da agenda do médico preceptor. Tais problemas são amenizados pela composição da

semana padrão do residente com atividades na comunidade ou que não precisem de um consultório para sua realização, bem como pela inserção do residente em rodízios complementares em ambulatórios de especialidades focais em outros serviços (p. ex., hospitais universitários). Contudo, em algumas situações isso não é suficiente para sanar o problema, pois também afeta o conjunto dos trabalhadores do serviço.

Outra questão a ser enfrentada pelo município e pelas instituições supervisoras é a da preceptoría. Em primeiro lugar e como já discutido, há preceptores que são estatutários do município e recebem residentes de maneira voluntária (opta-se por esse termo porque o profissional tem liberdade de se recusar a realizar esta função, mesmo havendo uma política municipal de preceptoría, convênios entre as instituições e normativas do SUS direcionando todos os serviços públicos como espaços de ensino-aprendizagem) e preceptores temporariamente contratados pelo município e com vínculo formal com a IES. Além disso, há em algumas situações uma sobrecarga de funções sobre o preceptor, já que o mesmo mantém uma rotina de atendimentos a sua população, o que pode prejudicar em certa medida seu suporte ao residente mesmo no caso de compartilhamento de consultas com este e redução do volume de pacientes direcionados especificamente para o preceptor. Tais questões colocam o desafio para a municipalidade refletir sua política de preceptoría no sentido de pensar no conjunto dos PRM-MFC e na qualidade da formação do residente, bem como no bem-estar e valorização do médico da rede de atenção que opta por exercer essa função.

E, não menos importante, observa-se a necessidade de permanentemente trabalhar com a sensibilização e legitimação da dinâmica da RM no conjunto dos trabalhadores do serviço e na comunidade. Uma RM modifica em alguma medida o cotidiano do serviço. Há um novo profissional presente no cotidiano da USF (frequentemente funcionando acima de sua capacidade instalada), com objetivos e propósitos específicos, apesar de não opostos ao da eSF. Além disso, surgirão evidentemente tensionamentos de processos e fluxos cristalizados pelo tempo que podem gerar desconfortos e conflitos entre as partes envolvidas. E pode haver algum estranhamento por parte dos usuários regulares do serviço com determinadas mudanças, mesmo que pequenas. Tais questões exigem contínuo diálogo e capacidade de gestão de conflitos e processos micropolíticos que por vezes não estão maduros o suficiente no processo de implementação do PRM-MFC, sendo necessários investimentos coletivos de cogestão.

A questão do modelo de atenção à saúde das UBS também merece reflexão. Os PRM-MFC, seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em seu Currículo Baseado em Competências²² para os PRM da área, traz uma perspectiva de prática clínica muito abrangente e resolutiva, atinente ao perfil do MFC em todo o mundo, exigindo das estruturas formativas do especialista uma capacidade de desenvolvimento de competências frequentemente acima do que é possível, dada a estrutura instalada vigente. É comum na ESF se estabelecer processos de trabalho excessivamente programáticos (p. ex., HiperDia, Saúde da Mulher, etc.) e com limitações importantes na carteira de serviços da UBS (p. ex., não realização de procedimentos cirúrgicos, dificuldades para a implantação de DIU, acesso reduzido para pessoas com demandas inespecíficas, etc.).²³ Esse cenário pode não ser suficiente para a formação adequada do MFC. O problema reside na dificuldade de se problematizar um modelo programático muito forte e enraizado na ESF brasileira com vistas a um modelo que equalize melhor a questão do acesso facilitado ao profissional, a abrangência dos serviços oferecidos à população e a permanente consideração da efetividade e da solidez científica de certas práticas, com as ações de promoção da saúde e de vigilância em saúde.^{24,25}

É nesse sentido que o Quadro 2 consolida alguns dos desafios a serem enfrentados pelo município e pelas instituições supervisoras para a consolidação da implementação dos PRM-MFC no território.

Quadro 2. Aspectos-chaves a serem enfrentados na implementação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que atuam na rede de atenção à saúde do município de Vitória-ES, 2017.

Adequação dos serviços de saúde: garantia de consultórios para atendimento, dimensionamento adequado do número de eSF para cada serviço, melhoria da estrutura física de determinados serviços, provisão de insumos para aumento da carteira de serviços (abrangência do cuidado), etc.

Formação e valorização da preceptoría, considerando as particularidades de cada instituição supervisora ao mesmo tempo em que se faça uma política de preceptoría considerando o conjunto dos PRM-MFC, incluindo um futuro PRM municipal.

Melhoria dos processos de cogestão da formação em MFC no município, incluindo usuários, diretores de serviço, conjunto dos trabalhadores das USF, preceptores, gestores e professores das IES.

Gestão clínica e dos processos de trabalho das eSF, com adequação das agendas de atendimento, reflexão sobre o modelo de atenção à saúde vigente e fortalecimento dos atributos essenciais da APS, principalmente a integralidade do cuidado.

Maior integração entre os PRM-MFC e destes com a graduação médica (estágios realizados nos mesmos locais onde ocorre a RM).

Abordagem de problemas sociais que interferem no trabalho não apenas dos residentes, mas de toda a USF, particularmente da violência social.

Considerações Finais

A grande necessidade de médicos especialistas em MFC no Brasil, tanto para o sistema público quanto para a saúde suplementar, e a recente expansão de vagas de RM na especialidade trazem enormes desafios para IES, gestões municipais, estaduais e federal, bem como para todas as instituições que possuem PRM (p. ex., cooperativas médicas, como no caso analisado neste relato de experiência), para a implementação e qualificação do aparato formador em MFC.

Este relato de experiência apresentou algumas questões relacionadas à implementação de PRM-MFC em serviços de APS de uma capital de estado com altos índices de desenvolvimento social e significativa rede de atenção à saúde dos mais diversos níveis de complexidade tecnológica. Essa experiência aponta na direção de uma íntima relação entre o desenvolvimento da rede local de saúde, em particular da APS, com a qualidade do PRM. Além disso, é importante frisar como esses aspectos também têm o potencial de influenciar a graduação médica com vistas a uma formação mais próxima dos princípios da APS e possivelmente uma maior taxa de escolha pela MFC pelos estudantes.²⁶

Aspectos como estrutura do serviço; modelo de atenção e princípios basilares do cuidado à população; concepção de APS e MFC dos envolvidos na implementação do PRM; vínculo do profissional de saúde que atua como preceptor com a municipalidade e com o PRM-MFC; organização do processo de trabalho da eSF; integração das instituições supervisoras do PRM com o município; e dispositivos de gestão compartilhada ensino-serviço-comunidade, influenciam diretamente no resultado dos esforços de criação e execução de um PRM em MFC.

É fundamental que as IES ou qualquer instituição que planeja implementar um PRM-MFC em parceria com uma gestão municipal de saúde tenha em vista não apenas as questões pedagógicas e burocráticas diretamente relacionadas às exigências da CNRM. Grandes esforços conjuntos são necessários no sentido de desenvolver um ambiente propício para a formação qualificada de MFC em acordo com as diretrizes nacionais e a necessidade da população brasileira. A formação de um MFC é complexa e diversificada,

contemplando uma enorme quantidade de competências com vistas a garantir uma atenção à saúde altamente resolutiva, humanizada e abrangente. Para isso, são necessários investimentos permanentes na qualificação dos serviços de saúde em que o PRM será inserido, no desenvolvimento do corpo técnico responsável pelo acompanhamento cotidiano do residente e na construção de dispositivos de gestão adequados. Vitória possui uma estrutura forte nesse sentido e mesmo assim não são poucos os problemas encontrados. Dessa forma, é preocupante o estado atual de precarização dos sistemas locais de saúde.

Referências

- Berger CB, Dallegre 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1399)
- Alessio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016;26(2):633-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>
- Vicente VC, Pitz PB, Arenal JMC, Ferrández ES, Gonzales FS. La Medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Supl.):69-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.018>
- van der Leeuw RM, Lombarts KMJM, Arah OA, Heineman MJ. A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes. *BMC Medicine*. 2012;10:65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-10-65>
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):111-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>
- World Health Organization. The world health report 2008 – Primary health care: Now more than ever. World Health Organization; 2008.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(5):1471-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
- Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(1):5-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1\(1\)2](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1(1)2)
- Poli Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):192-4. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)904)
- Lermen Jr N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):300-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)992](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(32)992)
- Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Suppl 1):1301-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>
- Trindade TG. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade [palestra]. Ministério da Educação. 25 Agosto 2015.
- Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoría. *Rev. bras. educ. med*. 2016;40(3):461-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02862014>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>
- Siqueira MP. Regulação assistencial e integralidade na assistência à saúde em Vitória, sob a perspectiva da Análise Institucional [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2010.
- Prefeitura de Vitória. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Vitória; 2013.
- Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2018c. [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

20. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(6):1613-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>
21. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Manual de orientação das práticas de integração ensino serviço no município de Vitória - ES. Vitória: ETSUS; 2013. [acesso em 2018 jan 5]. Disponível em: http://m.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100222_manual_praticas.pdf
22. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2014.
23. Sarti TD. A (Bio) política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/T.6.2015.tde-16072015-113309>
24. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2014;23(3):869-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
25. 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>
26. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach*. 2006;28(1):3-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590500410971>

Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação

Proposal of Home Care Residency as actuation field

Propuesta de residencia en Atención Domiciliar como área de actuación

Leonardo Cançado Monteiro Savassi^a
Cibele Gomes Lima Melo^b
Daniel Almeida Gonçalves^c
Denize Ornelas Pereira Salvador Oliveira^d
Heitor Rossi Lopes^e
Renata Luciana Hasegawa Fregonezi^f
Sara Turcotte^g

^a Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP);
Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Ouro
Preto, MG, Brasil. leosavassi@gmail.com
(Autor correspondente)

^b Programa de Residência em Medicina de
Família e Comunidade da Casa de Saúde
Santa Marcelina; MEMAD - Casa de Saúde
Santa Marcelina e Associação Paulista para o
Desenvolvimento da Medicina. São Paulo, SP, Brasil.
cibellegomesmelo@yahoo.com.br

^c Programa de Residência em Medicina de Família e
Comunidade da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)/Escola Paulista de Medicina. São Paulo,
SP, Brasil. daniel.almeida.33@gmail.com

^d Programa de Residência em Medicina de Família e
Comunidade da Secretaria de Saúde de São Bernardo
do Campo. São Bernardo do Campo, SP, Brasil.
denizeotf@yahoo.com.br

^e Faculdade de Medicina do Santa Marcelina (FASM);
Programa de Residência em Medicina de Família
e Comunidade do Hospital Santa Marcelina, da
Universidade de Toronto (Canadá) - "Global Health
and Vulnerable Populations" e do Internato Médico da
FASM - Casa de Saúde Santa Marcelina; EMAD UBS
Jardim São Carlos - Casa de Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, SP, Brasil. heitor_72@yahoo.com.br

^f Programa de Residência em Medicina de Família e
Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de São
Paulo - 8ª Coreme - Residência em Rede. São Paulo,
SP, Brasil. renatafregonezi@gmail.com

^g Departamento de Medicina de Família da Associação
Paulista de Medicina; Associação Paulista de Medicina
de Família e Comunidade. São Paulo, SP, Brasil.
sara@fraternidadeclinica.com.br

Resumo

A Atenção Domiciliar (AD) configura-se numa área de atuação de diversos especialistas, como Médicos de Família e Comunidade, Geriatrias, Pediatras e Internistas. Por suas especificidades e dentro do seu campo de práticas, demanda competências que não estão contempladas isoladamente em nenhuma especialidade médica, sendo que o tempo e a estrutura necessários para a aquisição destas ultrapassa a capacidade de inserção ao longo dos programas atuais. A expansão desta modalidade de cuidados representa uma demanda crescente de formação, exigindo a inclusão da AD como potencial campo de trabalho destes especialistas, concebendo a necessidade de um ano adicional para formação nas especificidades dessa área de atuação. Discutem-se as estratégias de formação, campos da prática e estrutura programática necessários para a consolidação desta proposta. Espera-se que este artigo possa subsidiar a natural construção desta especialidade no âmbito da atuação médica em saúde.

Palavras-chave: Internato e Residência; Serviços de Assistência Domiciliar; Visita Domiciliar; Educação em Saúde; Educação Médica

Abstract

Home Care (HC) is an expertise area for several specialists, such as Family Physicians, Geriatricians, Pediatricians and Internal Medicine. Due to its specificities and within its practice field, it demands competences that are not contemplated apart in any medical specialty, and the time and structure required to acquire them surpasses the insertion capacity in the current programs. This care type expansion represents a growing demand for training, requiring HC inclusion as a potential field of work for these specialists, conceiving the need for an additional year for the formation of specific features as an activity area. We discuss training strategies, practice fields and programmatic structure required to consolidate this proposal. We expect that this article can subsidize the natural construction of this specialty within the scope of health medical practice.

Keywords: Internship and Residence; Home Care Services; Home Visit; Health Education; Education, Medical

Como citar: Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH, et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1599](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1599)

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: 27/08/2017.
Aprovado em: 29/12/2017.

Resumen

La Atención Domiciliaria (AD) se configura en un área de actuación de diversos especialistas, como Médicos de Familia, Geriatras, Pediatras y Medicina Interna. Debido a sus especificidades y dentro de su campo de práctica, exige competencias que no están contempladas aisladamente en cualquier especialidad médica, y el tiempo y la estructura necesaria para adquirirlas sobrepasa la capacidad de inserción en los programas actuales. La expansión de este tipo de atención representa una demanda creciente de capacitación, requiriendo la inclusión de la AD como un potencial campo de trabajo para estos especialistas, concibiendo la necesidad un año adicional para la formación en las especificidades de esta área de actuación. Se discuten las estrategias de formación, los campos de práctica y la estructura programática necesaria para la consolidación de esta propuesta. Se espera que este artículo pueda subsidiar la natural construcción de esta especialidad en el ámbito de la actuación médica en salud.

Palabras clave: Internado y Residencia; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Visita Domiciliaria; Educación en Salud; Educación Médica

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) tem crescido exponencialmente em todo o mundo. No subsetor público brasileiro, a AD iniciou-se com o serviço de assistência médica domiciliar e urgência (SAMDU), no Município de São Paulo, em 1949. A Internação Domiciliar (ID) no Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pela Portaria 2.529/2006 e em 2011 a AD no âmbito do SUS seria definida pela Portaria 2.029, determinando 3 modalidades de cuidado prestados por equipes de Atenção Básica (eAB) e de AD. Com a portaria 2.527, de outubro de 2011, a AD ganha o status de nível de atenção à saúde focado na desospitalização, especialmente para cuidados a situações crônicas agudizadas ou agudas, reabilitação e nos cuidados paliativos.¹⁻⁴

No Brasil, a AD é prestada por diversos serviços ofertados pelo SUS, como nas 39.872 equipes de Saúde da Família (eSF), presentes em 40.044 Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras, responsáveis por uma cobertura de 123.126.735 (59,74%) brasileiros ou nas 629 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 347 Equipes Multiprofissionais de Apoio de Atenção Domiciliar (EMAP) implantadas até março de 2017, cobrindo 54.152.440 (26,27%) brasileiros em todas as regiões do país.⁵ O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde registra 515 “Serviços de Atenção Domiciliar Isolado (*Home Care*)” e mais 25 “Unidades de Atenção em Regime Residencial”.⁶

Incluem-se diversos outros serviços ligados a AD nos âmbitos municipal e estadual, como o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Acompanhante de Pessoa com Deficiência (APD), além de vários Serviços de Internação Domiciliar por ciclos de vida (neonatal, infantil, idoso) ou por problemas de saúde (AIDS, sequelas de hanseníase, dentre outros).

A AD destina-se a pacientes que apresentam: quadro clínico estável com restrição ao domicílio, seja permanente ou temporária, ou com algum grau de vulnerabilidade que impossibilite o atendimento ambulatorial, assim tendo como objetivo principal maior autonomia, vínculo entre paciente, família, cuidador e equipe de saúde, proporcionando tratamento, palição, reabilitação, prevenção de agravos da saúde.

A AD no SUS se organiza em três modalidades de cuidados baseadas no nível clínico e funcional, necessidade de atenção e uso de equipamentos:⁷

- AD 1, de responsabilidade das eAB e eSF, pacientes com problemas de saúde, impossibilidade de comparecerem a serviços de maneira temporária ou definitiva e frequência de cuidados dentro da capacidade de abrangência dessas equipes;

- AD 2, de responsabilidade das equipes do Programa Melhor em Casa (EMAD e EMAP). Os pacientes são elegíveis nesta modalidade nas situações:
 - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação
 - afecções crônicas-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal,
 - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário ou;
 - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal

- AD 3, de responsabilidade das EMAD e EMAP. Os pacientes são elegíveis se apresentam qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitarem de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos, como oxigenoterapia e ventilação mecânica, ou agregação de procedimentos de maior complexidade, como paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea.

Da mesma maneira, estariam inelegíveis pacientes com necessidade de monitorização contínua, assistência contínua de enfermagem, propedêutica complementar de maior complexidade ou frequência, tratamento cirúrgico em caráter de urgência ou em ventilação mecânica invasiva, quando a equipe não estiver apta para garantir a segurança do paciente em seu domicílio.⁸ Nestes casos específicos, o cuidado hospitalar seria uma opção mais viável, sem perder de vista a responsabilidade territorial das eAB e eSF por estas pessoas.^{1,7,9}

Os serviços de AD têm funcionado quase que como observatórios das redes de atenção, fazendo a articulação entre a origem do paciente e seu destino, tanto da Atenção Primária à Saúde (APS) para o hospital, quanto da desospitalização para casa, o que garante uma visão ampla das demandas, e a transição do cuidado com longitudinalidade. AAD representa uma real possibilidade de mudança no modelo técnico assistencial, com uma vertente racionalizadora (como forma de diminuir custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar) e uma que pretende a reordenação tecnoassistencial com valorização da rede substitutiva de cuidados (como alternativa mais humanizada e contextualizada de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias).¹⁰

Sua necessidade se evidencia pela transição demográfica e epidemiológica: o aumento da expectativa de vida da população idosa e suas doenças crônicas, os avanços na atenção perinatal e intensivista neonatal, e a atenção a causas externas, como lesões traumáticas, aumentaram substancialmente o número de pessoas com demandas de cuidados relacionados à dificuldade de acesso a serviços e necessidade de cuidados intensivos contínuos. Ao mesmo tempo, é necessário desocupar leitos hospitalares, bem como leitos de espera e observação em serviços de urgência. Diante desse novo paradigma, os cuidados domiciliares se apresentam como substitutos à internação hospitalar de longa permanência, reduzindo o período de permanência no hospital e os gastos públicos.¹¹

Além da desospitalização, a AD justifica-se pela vantagem de evitar exposição a patógenos multirresistentes de origem hospitalar, pelo conforto do paciente em ser cuidado em seu domicílio, e não em um ambiente inóspito e regulador de horários e hábitos diários, pela redução de custos advinda deste processo, ou pela ampliação da sobrevida de pacientes com problemas de saúde incapacitantes ou de cuidados prolongados, que passariam a viver em âmbito hospitalar ou outras instituições de longa permanência caso o domicílio não se estabeleça como local para o cuidado. Soma-se a isto a evolução tecnológica, capaz de levar ao domicílio procedimentos, exames complementares e instrumentos de monitoramento dos pacientes antes restritos ao hospital.¹

Assim, há necessidade de se contar com profissional habilitado com perfil adequado ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar da AD. Mesmo no domicílio, médicos e enfermeiros continuam a ser estratégicos e nucleares (na definição do plano terapêutico, pois são eles que prescrevem os cuidados a serem administrados, na hierarquização e classificação de complexidade do cuidado) como o são em outras modalidades de assistência à saúde.¹⁰

Tendo em vista as demandas de formação específica em AD, este artigo discute a necessidade e o perfil de formação médica.

Arcabouço Teórico

A Comissão Mista de Especialidades (CME) é vinculada ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e tem a atribuição de definir especialidades médicas, através de título de especialista concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da Associação Médica Brasileira (AMB), ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).¹²

A CME é composta por: dois representantes da CNRM - um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação - dois representantes do CFM e dois representantes da AMB. É responsável por definir por consenso as competências para sua atuação e as regras de seu funcionamento, por meio de atos específicos, e é disciplinada até o presente momento pela portaria CME Nº 01/2016 anexa à Resolução CFM Nº 2.148/2016.

Assim, a definição de especialidade médica e área de atuação vigentes são:

“Especialidade médica como núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.

Área de atuação - modalidade de organização do trabalho médico, desenvolvida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”¹³

O reconhecimento de especialidades médicas tem como critérios a complexidade dos problemas de saúde e acúmulo de conhecimento em determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz em um setor específico, a relevância epidemiológica, uma demanda social definida e ter complexidade que demande um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes

que exija um período mínimo de dois anos de formação, além de reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existente.

Critérios para o reconhecimento de “área de atuação” não são detalhados na resolução, mas determina-se que somente as entidades integrantes da CME são legitimadas para solicitar o reconhecimento de novas especialidades médicas e/ou áreas de atuação, e que deliberação e decisão sobre pedido de reconhecimento destas devem ser aprovadas por unanimidade pelos componentes da CME.

Em julho de 2017, a Resolução do CFM 2.162/2017 e a portaria CME nº 01/2017 aprovaram a relação de 55 especialidades médicas e 59 áreas de atuação aprovadas pela CME. Essa lista vem mudando constantemente, uma vez que após alguns anos de trabalhos suspensos, há vários processos de reconhecimento de novas especialidades e áreas de atuação em discussão. A lista foi atualizada com a recente criação das especialidades Cirurgia Oncológica e Oncologia Clínica, e a Oncologia Pediátrica como área de atuação da Oncologia Clínica, da Hematologia e Hemoterapia e da Pediatria e a extinção da Cancerologia.¹⁴

Uma formação focada na AD já apresenta elementos suficientes dentro da teoria do conhecimento para se constituir enquanto especialidade médica. A prática médica no domicílio já ocorre em diversos serviços e equipes dos subsetores público e suplementar nacionais, exercida por médicos gerais (MFC, pediatras, internistas, cuidados paliativos), além da atenção domiciliar realizada por diversos especialistas a partir da clientela privada, em especial, os geriatras. Ao longo da construção dos serviços, um rol importante de competências específicas já se desenvolveu, contemplando elementos que não são aprendidos em uma única especialidade,¹⁵ além de habilidades que hoje são desenvolvidas integralmente apenas no campo da AD, como uma abordagem ampla do cuidador, as especificidades de procedimentos e tratamentos realizados no âmbito domiciliar, ou o foco em tecnologias assistivas caseiras.

As especialidades médicas reconhecidas não se estabeleceram por motivos epistemológicos, mas sim por fatores políticos, sociais, econômicos e tecnológicos que não guardam relação com a teoria do conhecimento. Classificam-se pelas características dos pacientes (pediatria, clínica médica, obstetrícia, ginecologia, geriatria), partes do corpo (dermatologia, ortopedia, cardiologia), doenças ou condições (alergologia, oncologia, hansenologia), técnicas de tratamento (cirurgia, psiquiatria) e relação com máquinas especiais (radiologia, patologia clínica), às quais somam-se mais recentemente as especialidades de níveis de atenção à saúde (MFC, medicina intensiva, medicina paliativa, medicina emergencista). Nenhuma destas representa categorias epistemológicas primárias e, portanto, a medicina é derivativa, secundária e aplicada.¹⁶

A AD, enquanto área de atuação, deriva-se de características específicas de pacientes, ligadas a limitação de acesso, desfechos de agravos, e guardam correlação com níveis de atenção. As indicações do cuidado no domicílio estão mais ligadas ao grau de funcionalidade que propriamente a uma doença específica, o que torna ainda mais específicos os aspectos do cuidado, assim como ocorre com a MFC e a Medicina Intensiva.

Da mesma forma que a MFC enfrenta desafios quanto aos limites para a sua prática em termos de procedimentos técnicos, a AD se constrói com conhecimentos e habilidades da APS, hospital, urgência e emergências, cuidados intensivos e paliativos, mas com um diferencial. AAD se mostra menos inespecífica

que a própria MFC, já que há menos sobreposição de saberes com subespecialidades devido a um elemento bem claro: o domicílio. Cabe à AD executar procedimentos no local de vida das pessoas, entendendo que a limitação do acesso a serviços de saúde se traduz em novas formas de cuidar.¹⁷ Enquanto campo de saber, definir seus limites se correlaciona mais com as relações políticas entre as sociedades profissionais e tem mais a ver com a organização de instituições e companhias de seguros do que propriamente com o conhecimento.¹⁶

Ainda sob este aspecto, ressalta-se que, assim como a demanda crescente por saberes específicos trouxe a demanda de formação em Medicina Intensiva, a AD apresenta-se em ampliação há décadas. Especialmente no Brasil, o programa Melhor em Casa trouxe grande expansão do subsetor público nos últimos cinco anos com o surgimento das políticas de AD, enquanto o subsetor suplementar tem se beneficiado em especial do gerenciamento de casos no domicílio e programas específicos (como ventilação mecânica domiciliar) para a redução de custos com melhores indicadores assistenciais.^{7,11}

A proposta de construção da residência complementar em Atenção Domiciliar como área de atuação representa a natural evolução da estruturação desses serviços de saúde e das necessidades assistenciais. Cuidados efetuados nas casas das pessoas já foram a principal forma de contato entre médicos e seus pacientes, mas ao longo do tempo, consultórios e ambulatórios, bem como estruturas hospitalares assumiram tal papel, o que impactou negativamente na formação de médicos para a AD.¹⁸ Com o recrudescimento desta modalidade de atenção, este problema tende a se agravar.

Destaca-se ainda que o domicílio representa limitações e riscos específicos como: quedas, lesões por pressão, trombose, broncoaspiração, oportunistas pela AD que tornam sua prática empírica e aplicada. As ações realizadas neste âmbito não são parte expressiva da formação em nenhuma especialidade, e seu aprendizado ocorre no leito domiciliar, junto ao paciente e família, ao invés de ser trabalhado em pós-graduações médicas, fator agravado pela recente ampliação do mercado de trabalho médico nesses serviços.

Além disso, ao realizar procedimentos em domicílio sem uma retaguarda institucional, o médico domiciliar atua para evitar internações e deslocamentos de pessoas que já estão normalmente restritas e com isso teriam dificuldades de acessar o serviço. Mas como não há uma formação específica neste sentido, falta muitas vezes segurança jurídica para embasar esta prática, justamente pela ausência de uma titulação específica que certifique a capacidade deste especialista em realizá-lo.

Trata-se de momento profícuo ao debate sobre a criação da AD como área de atuação, porém o processo deverá contar com a articulação e debate intenso com as sociedades de especialistas afins, AMB, CFM e CNRM, para obter consenso progressivo em relação ao conteúdo das ações médicas específicas das especialidades. Para isso, dentro da Medicina de Família e Comunidade (MFC) se apresentam como estratégicos:

1. Criar um programa de formação na área de atuação de AD, optativo em programas de MFC que reúnam condições específicas como expertise de preceptoria, campos de prática reconhecidos como de excelência, fortalecendo as experiências exitosas já em curso;
2. Valorizar estágios de graduação em MFC como primeiro contato dos graduandos em medicina com o domicílio enquanto *locus* privilegiado e natural para atuação do MFC;

3. Fomentar a produção técnico-científica que forneça o aporte teórico e de pesquisa na área, aumentando o número de publicações dentro da especialidade MFC e ampliando a criação, organização e participação em eventos interdisciplinares e de outras especialidades médicas, divulgando as competências do MFC para AD;
4. Articular lideranças e entidades médicas em torno do debate; propor ao Conselho Federal de Medicina a criação de uma Comissão Temática/Grupo de Trabalho/Câmara Temática interdisciplinar sobre Atenção/Prática Médica/Cuidado Domiciliar que discuta a taxonomia, a epistemologia e as competências necessárias.

Experiências de formação em atenção domiciliar

Têm-se ampliado as iniciativas de incluir a temática da AD em currículos de graduação em saúde, e especialmente de pós-graduação. Embora ainda tímidas, as iniciativas de inserção do aluno desde o início do curso na APS faz com que o mesmo tenha contato com as Visitas Domiciliares (VD) no âmbito da AD1. A obrigatoriedade de carga horária do internato de APS ao final do curso de medicina deve ampliar esse primeiro contato que, no entanto, é incipiente e apenas demonstra que o domicílio pode ser um local de práticas terapêuticas, limitando-se ao primeiro nível desta modalidade de atenção.

Em 2014, durante a I Jornada de Medicina de Família e Comunidade e Atenção Domiciliar, promovida pelo Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Associação Paulista de Medicina (APM), e pela Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade (APMFC), foi discutido o perfil de formação do profissional médico para a AD. As competências então discutidas encontram-se no Quadro 1.¹⁵

Após este evento, a APMFC ampliou o debate com pacientes e cuidadores com dois seminários sobre cuidado médico e a escuta qualificada ao cuidador, e sua integração com a rede, nos eventos “Viradas da Saúde” em 2016 e 2017, o que gerou relevantes contribuições no sentido da formação médica para abordagem familiar e do cuidador.

Outras iniciativas de inserção de residentes de diversas especialidades médicas e multiprofissionais nas atividades do Programa Melhor em Casa corroboram a potencialidade deste campo de atenção na formação de profissionais da saúde.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propõe a inserção do residente do segundo ano em um ciclo atenção domiciliar que inclui cenários de aprendizagem em equipes do melhor em casa e em serviços de cuidados paliativos por período de 3 meses.¹⁹

Em 2015 a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)²⁰ publicou o currículo baseado em competências como uma diretriz para a formação do MFC no Brasil, sendo inclusa no Campo “Atenção à Saúde” a área de competência “Atenção Domiciliar” (Quadro 2).

Com a necessidade crescente de ampliação das competências de médicos no campo da AD tanto para o setor privado quanto para o setor público, percebe-se que a proposta de currículo da SBMFC, embora seja ampla no sentido de formação do MFC para AD1, não é suficiente para a formação de um médico que atue em Serviços de AD (SAD), e que, por outro lado, a inclusão de todas as competências necessárias para este cuidado demandaria um tempo de prática que ocuparia e prejudicaria a aquisição de outras competências essenciais.

Quadro 1. Competências do Profissional da AD definidas na I Jornada de MFC e AD. APM, APMFC, 2014.

Habilidades	Atitudes	Conhecimentos
1. Protagonizar a tomada de decisões complexas. 2. Exercer a criatividade na prática de suas atividades clínicas. 3. Adaptar a melhor evidência científica para um contexto real. 4. Gerenciar conflitos familiares. 5. Incrementar a relação equipe-família. 6. Executar procedimentos com equipamentos mínimos e sem estrutura física ideal. 7. Atender independente do ciclo de vida das pessoas. 8. Classificar a vulnerabilidade e a funcionalidade familiar. 9. Abordar a família sob o ponto de vista social, clínico e sistêmico. 10. Reconhecer os elementos presentes na rede de apoio social. 11. Apoiar o cuidador do ponto de vista clínico e de aquisição de competências. 12. Classificar a complexidade do cuidado. 13. Lidar com situações de violência familiar e comunitária.	1. Empatia e disponibilidade para discutir situações fora do contexto da saúde. 2. Humildade ao adentrar o terreno do outro. 3. Respeito pelas crenças e modelos explicativos familiares do processo saúde-doença. 4. Busca por consenso com a família na definição de metas de cuidado. 5. Discernimento para entender elementos antropológicos que interfiram no cuidado. 6. Observação ativa da família, do domicílio e da vizinhança. 7. Disponibilidade para ouvir e adaptar condutas à realidade local. 8. Neutralidade em conflitos familiares, procurando estabelecer vias de diálogo. 9. Autoconhecimento para evitar que crenças pessoais ou sentimentos negativos em relação aos demais atores afetem a ação em saúde. 10. Vínculo com a família para se configurar como a fonte contínua de cuidados. 11. Desprendimento para abordar a morte e o luto de acordo com a crença de cada familiar. 12. Posicionamento claro diante de situações de violência familiar.	1. A aplicação da melhor evidência clínica científica disponível para cada quadro clínico. 2. A técnica ideal de procedimentos comuns e suas possíveis adaptações. 3. O tratamento de situações pouco usuais na clínica ambulatorial. 4. A determinação social da saúde e suas vertentes. 5. Representação gráfica, classificação e abordagem familiar. 6. Gerenciamento de casos complexos e elaboração de planos de cuidados. 7. Instrumentos de avaliação de autonomia e mobilidade. 8. Instrumentos de avaliação de sobrecarga e abordagem do cuidador. 9. Formas de construção de redes de apoio social. 10. Noções de antropologia para entender a cultura local e transformar empecilhos em soluções. 11. Classificação da complexidade do cuidado. 12. Cuidados paliativos e a terminalidade da vida. 13. Óbito no domicílio e orientações funerárias. 14. Planejamento e gerenciamento de fluxos de atuação no domicílio.

Fonte: Adaptado de Savassi (2016).¹⁵

Quadro 2. Perfil de competências para a formação do MFC em Cuidados Domiciliares. SBMFC, 2015.

Pré-requisito (graduação)	Único: aceita o domicílio como espaço terapêutico.
Competências essenciais	1. Faz abordagem do cuidador, comunicação efetiva e estímulo ao cuidado do cuidador; 2. Realiza entrevista clínica e exame físico no domicílio considerando orgânico, mental, funcional e social; 3. Avalia fatores do processo saúde-doença no ambiente domiciliar; 4. Plano de assistência sob a lógica do trabalho em equipe; 5. Utiliza os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde, assistência social e apoio comunitário; 6. Conhece e sabe prevenir a trombose venosa profunda em acamados; 7. Conhecimento de risco familiar e identificação de situações de violência familiar; 8. Maneja os problemas mais frequentes no cuidado domiciliar; 9. Aplica critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade dos cuidados domiciliares – vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar; 10. Demonstra conhecimentos nos procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio; 11. Realiza antropometria indireta no domicílio.
Competências desejáveis	1. Maneja casos de violência domiciliar; 2. Apoia situações de morte no domicílio; 3. Realiza sondagem, debridamentos, anticoagulação e oxigenoterapia; 4. Indica alimentação enteral.
Competência avançada	Única: Realiza analgesia percutânea, paracentese e ventilação assistida.

Fonte: adaptado de SBMFC (2015).²⁰

Por outro lado, uma análise da formação em especialidades gerais como pediatria e medicina interna aponta que também nessas há uma demanda de formação ampla, com cenários da prática diversificados, e que a inclusão da AD em sua grade de estágios não será suficiente para a aquisição das competências necessárias para atuação nos SAD, com as mesmas limitações de tempo e campo da prática.

Em todos os cenários, é importante ter a noção de que o aprendizado representa uma espiral crescente de desenvolvimento de competências e que o programa de formação na área de atuação AD deve oportunizar a ampliação de conhecimentos, habilidades e atitudes para aquele médico que deseja realizar sua prática no domicílio. Como egressos serão oriundos de diferentes formações, a necessidade de homogeneizar alguns saberes se traduz em diferentes estágios de acordo com este perfil.

As experiências de inserção de residentes e graduandos em cenários da AD parecem proporcionar uma grande sensibilização sobre o tema, mas são insuficientes para garantir uma real formação para o trabalho neste campo. Várias situações clínicas, sociais, culturais, familiares e do campo da assistência social e direitos humanos somente são contempladas quando o residente está inserido em um SAD e sua resolução demanda outras competências que não são apreendidas em hospitais, ambulatórios ou UBS. As competências Clínicas, em processos organizativos e em aspectos éticos, e o gerenciamento de casos são grandes núcleos de saberes do profissional em AD.

Pediatras e Médicos Internistas se beneficiariam de estágios em AD1, permanecendo parte de sua formação complementar nos cenários de APS, porém com foco no cuidado domiciliar, da mesma forma que MFC se beneficiariam de estágios em âmbitos de urgência, hospitalar e intensivista, em especial com foco em habilidades complementares.

O Núcleo de AD do Hospital das clínicas da USP, com mais de 20 anos de experiência na área, elenca as seguintes funções ao médico na AD: ter afinidade na área, ter uma formação generalista, usar adequadamente a propedêutica, ótima técnica para realização de procedimentos, avaliar ambiente e cuidadores, conhecer recursos tecnológicos domiciliares, ter capacidade de planejamento do tratamento com condutas otimizadas, monitoramento de doentes com doenças crônicas, dominar recursos de reabilitação, ter competência na comunicação com familiares, ter competência cultural e humildade, saber ter previsão de recursos em AD, reconhecer limites e possibilidades, desenvolver a compaixão e espiritualidade.²¹

Assim, tem-se avançado nessa discussão, e hoje se pode afirmar que há maturidade suficiente para se converter em uma proposta de área de atuação.

Estruturação do programa de residência

O programa de formação na área de atuação em AD deve ter um ano de duração para formação de médicos com as competências descritas no Quadro 1, acrescidas de outros temas tais como: critérios de elegibilidade e inelegibilidade para AD1 e transição para AD2/3; critérios de alta da AD e de internação hospitalar; segurança do paciente no domicílio; organização de plano de alta compartilhada com equipes da Atenção Básica; preparação do domicílio; qualificação de cuidadores; manejo das transições de ciclo de vida de paciente acamados crônicos; aprofundamento na abordagem terapêutica, reabilitadora e paliativa

de crianças neuropatas; abordagem de adultos com deficiência e idosos em relação à sexualidade; abordagem de tecnologias assistivas caseiras e adaptações; terapêutica parenteral domiciliar; domínio de práticas da infectologia; economia da saúde; abordagem de situações comuns de urgência e emergência no domicílio; capacidade de liderança e coordenação de cuidado.

É importante que o programa contemple vários cenários de práticas, em especial centrado nos SAD para o manejo de situações diversas, idealmente em âmbito público e privado. Ademais, deve contemplar estágios em ambulatório de especialidade e rede hospitalar.

Nos espaços de prática e aprendizado que envolvem o domicílio, o residente deve ser exposto a várias complexidades de cuidado, critérios AD1, AD2 e AD3, bem como pacientes cuidados sob a lógica de serviços privados para ter a oportunidade de realizar assistência e internações domiciliares. Estagiará em diversos cenários, tais como UBS/ ESF, EMAD, *Home Care*, SAD dentre outros. Ainda, nestes espaços, deve atuar em equipe interdisciplinar e contextos comunitários distintos, podendo ter ações específicas junto aos membros da equipe, bem como aos cuidadores.

Os campos de estágio externos ao domicílio devem oferecer treinamento em conhecimentos específicos, tais como: pneumologia/oxigenoterapia, cuidados paliativos, gastroenterologia para manejo de ostomias, sondagens e paracenteses, cirurgia de cabeça e pescoço para manejo de traqueostomias, ambulatório de cardiologia e cirurgia vascular para manejo de anticoagulação, estomatoterapia para tratamento de feridas, enfermarias e UTI para prática de procedimentos de maior complexidade (paracentese, toracocentese, hipodermóclise, diálise peritoneal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, nutrição parenteral, transfusão sanguínea), entre outros.

A concentração em cada um destes serviços será determinada pela característica do serviço que oferece o programa e fundamentalmente pela formação de base do residente, dada a variabilidade das especialidades que poderão ingressar nesta área de atuação.

Assim, o programa deve respeitar as seguintes proporções:

- 50 a 60% em cenários de prática domiciliares: intradomicílio a partir da UBS (AD1), SAD, *Home Care*, incluindo cuidados paliativos domiciliares;
- 30 a 40% em cenários externos: UBS, Enfermarias (incluindo cuidados paliativos hospitalares), Unidades de Pronto Atendimento, Unidades de Terapia Intensiva, Centros de Reabilitação, Rede de Saúde Mental, dentre outras;
- 10 a 15% em atividades teóricas.

É desejável que os estágios do programa da área de atuação em AD contemplem cenários capazes de aprimorar competências nas áreas em que o residente demanda maior formação, como na abordagem de sondas e ostomias, oxigenoterapia e ventilação mecânica, cuidados paliativos, em especial para residentes vindos da MFC; assim como para residentes oriundos de áreas hospitalares a ampliação do foco na AD1, na abordagem familiar e do cuidador, e nos preceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Isso gera a necessidade de se estabelecer uma grade programática adaptável ao perfil de formação do residente egresso do R2 de diferentes especialidades.

Estágios em campos como Unidades de Terapia Intensiva e Reabilitação são desejáveis, mas não obrigatórios, tendo em vista a necessidade de estruturação em redes de atenção à saúde com perfis variáveis. As habilidades que seriam desenvolvidas nestes âmbitos podem ser desenvolvidas no domicílio junto a equipes de AD.

Cuidado especial deve ser direcionado ao processo avaliativo, dado que se trata de novos programas que deverão ser constantemente avaliados e reorganizados. Assim, “avaliações 360º” deverão considerar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos residentes, conforme demonstrado no Quadro 3:²²⁻²⁴

Quadro 3. Processo Avaliativo do Residente.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	AVALIAÇÃO DE HABILIDADES	AVALIAÇÃO ATITUDES
<ul style="list-style-type: none"> • Portfólio reflexivo ao final de cada estágio. • Avaliação teórica semestral, idealmente centrada em situações problema do cotidiano (casos clínicos complexos, metodologia OSCE, avaliação aberta ou múltipla escolha) com avaliação-conceito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback do preceptor e preceptoria-minuto diária • Instrumentos de avaliação da prática clínica (Mini-ces, Guia de Calgary-Cambridge, vídeo-<i>feedback</i>, grupos Ballint, outros): mensais • Autoscopia quando autorizada por família e paciente. • Oficinas de habilidades com vídeos de realização de procedimentos e com a demonstração do preceptor nas visitas domiciliares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante Mini-ces ou outros instrumentos de avaliação da prática clínica-mensais • Preceptoria-minuto diária e <i>feedback</i> diários • Autoscopia quando autorizada por família e paciente.

É importante que o programa de área de atuação em AD se dê junto a residências multiprofissionais, tendo em vista a enorme necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar no domicílio.

O programa deve contar com ao menos um mês de estágio optativo, no qual o residente terá a oportunidade de aprofundamento de treinamento ou vivência em outros serviços conforme necessidade para sua formação. Por exemplo, citam-se possíveis estágios optativos: enfermaria de cuidado paliativos, *hospices*, hospitais dia, CAPS III com internação, serviços de transporte médico, enfermarias cirúrgicas e clínicas, Instituições de Longa Permanência de Idosos, dentre outros.

A estruturação dos programas na área de atuação em AD deve ser, portanto, versátil para abranger várias realidades dos serviços e diferentes especialidades que poderão cursá-lo, sem, no entanto, deixar de contemplar as características aqui descritas.

Ressalta-se que é ainda mais importante que o residente conte com apoio psicológico e psicopedagógico de toda equipe multidisciplinar no seu dia-a-dia para enfrentar os desafios na AD e evitar *burnout*, ansiedade e depressão, já que o residente está diante de cenários ainda mais desafiadores pautados pela insuficiência familiar, do poder público e tensões do mercado privado de saúde, lidando com situações angustiantes e muitas vezes insolúveis.²⁵⁻²⁷

Conclusões

A AD é um campo de atuação com particularidades que demandam formação específica. Tais elementos não fazem parte da grade curricular da graduação e não estão contemplados na formação de qualquer especialidade médica. Médicos domiciliares são formados no campo da prática, sem supervisão, sem delimitação das habilidades necessárias para a sua prática e sem uma titulação que certifique sua expertise.

O domicílio é claramente definidor de competências aplicadas, um *locus* de atuação que define habilidades e atitudes específicas, e um rol de conhecimentos que definem esta formação da mesma forma que especialidades baseadas nas características de pacientes (cuidados paliativos), técnicas e tratamentos específicos pelas especificidades do domicílio (cirurgia e psiquiatria), e níveis de atenção (MFC, emergencistas, internistas e intensivistas).

O corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários demanda uma formação específica em AD, tanto pela pulverização dos conhecimentos dentre várias especialidades médicas quanto pela ausência de alguns destes conteúdos em qualquer especialidade. Soma-se a isto o tempo necessário para realizar tal treinamento, já que há pouco ou nenhum estágio domiciliar nas residências, o que demandaria um tempo considerável para a sua inclusão.

A MFC é uma especialidade que se beneficia do perfil generalista, sem limitação de atuação por ciclo de vida, o que torna o MFC um candidato natural a continuar sua formação geral com atuação centrada no campo da AD. Apesar disso, pela aderência da AD a outras áreas de atuação geral, especialmente aquelas ligadas a ciclos de vida, entendemos ser importante uma discussão sobre a formação que permita a entrada e, portanto, abranja outros especialistas gerais, como pediatras, médicos internistas, intensivistas, e geriatras, embora estes dois últimos já estejam contemplados na formação em medicina interna como pré-requisito. Assim, uma proposta de aprofundamento na formação em AD mais adequada seria como área de atuação compartilhada entre diferentes especialidades médicas e não como inerente a uma única especialidade médica.

Há hoje um acúmulo de conhecimentos da atuação no domicílio, devido à forma, tempo, e ritmo de manejo, e das complexidades inerentes a um cuidado sem retaguarda institucional e dependente de pessoas que não são profissionais de saúde, os cuidadores. Os problemas abordados no domicílio, por sua vez, não são relacionados a uma doença ou órgão específicos, mas são por definição problemas cuja complexidade exige um nível de cuidados baseado em critérios de exclusão que geram a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional, sendo o médico agente importante.

Por fim, a transição demográfica e epidemiológica exige novas formas de cuidado e parte dessa demanda será respondida com a ampliação dos SAD, demandando de seus profissionais médicos este conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que exigem minimamente um ano de formação, além de reunir conhecimentos que definem um núcleo de atuação própria e de urgente necessidade de implantação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Define a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Brasília: Portal SAGE; 2017 [Internet]. [citado 2017 Ago 19]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. SCNES. Brasília: DATASUS [Internet]. [citado 2018 Fev 6]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825 de 26 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
9. Brasil. Agência de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Internet]. [citado 2017 Ago 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
10. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):166-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>
11. 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 a Saúde. *J Manag Prim Heal Care*. 2015;6(1):1-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.148 de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.162, de 18 de maio de 2017. Homologa a Portaria CME nº 1/2017 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
15. 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)
16. Stephen GG. *The Intellectual Basis of Family Practice*. Tucson: Winter Publishing; 1982.
17. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
18. Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly--a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med*. 1997;337(25):1815-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199712183372507>
19. São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Processo 2014-196. Parecer 396-2016 de 21-01-2016, Proposta Técnica de janeiro de 2017. [Internet]. 2017 Ago; [citado 2017 Ago 25]. Disponível em: <http://ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br/course/view.php?id=74>
20. Sociedade Brasileira de Medicina Família e Comunidade. Lermen Junior N, Org. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis: SBMFC; 2015 [Internet]. [citado 2017 Ago 13]. 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)
21. Associação Paulista de Medicina. Departamento de Medicina de Família e Comunidade. Relatório II Simpósio de Medicina de Família e Comunidade "Prática Médica Domiciliar: Qualificação e Integração do Cuidado" [Manuscrito]. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2017.
22. Aagaard E, Teherani A, Irby DM. Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med*. 2004;79(1):42-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200401000-00010>
23. Brasil. Ministério da educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº 5, de 8 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
24. Lopes AC. Sem preceptor não há residência médica [entrevista]. São Paulo: *Jornal do Cremesp*; 2007. p. 3-4.
25. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y El síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105(3):236-40.
26. Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Cad ABEM*. 2010;6:12-8.
27. Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Méd*. 2010;34(3):422-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>

Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014

Quaternary Prevention and Medical Education: an Integrative Review after National Curricular Guidelines of the Medicine Course of 2014

Prevención cuaternaria y educación médica: una Revisión Integrativa después de las Directrices Curriculares Nacionales del Curso Medicina de 2014

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.¹ , Amanda Steil¹ , Clara Garcia Miranda¹ 

¹ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Itajaí, SC, Brasil.

Resumo

Introdução: De acordo com a Resolução nº 3, de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, o(a) graduando(a) em Medicina deve ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, dentre estes, a prevenção. A investigação diagnóstica deve ser realizada com base nas melhores evidências científicas e conforme as necessidades da pessoa. Nesse sentido, a prevenção quaternária e seus princípios têm relação com os objetivos da DCN. **Objetivos:** Realizar a intersecção a partir de periódicos científicos brasileiros entre a prevenção quaternária e o ensino médico após a implantação da DCN de 2014. **Métodos:** Revisão integrativa dos artigos disponíveis nas plataformas da CAPES, Scielo, PubMed e Google Acadêmico, a partir do ano de 2014 até outubro de 2017, por meio das palavras chave “prevenção quaternária” e “educação”. Critérios de exclusão: artigos patrocinados por indústrias farmacêuticas, indisponíveis na íntegra, sem resumo e estrangeiros. **Resultados:** Foram encontrados 33 documentos e 9 artigos selecionados para análise, voltados principalmente para a prática da prevenção quaternária. Apenas 3 estudos fazem alusão à educação médica. **Conclusão:** A prevenção quaternária é um tema de grande relevância na prática médica, entretanto, ainda é deficiente na graduação, baseado nas restritas produções disponíveis. Apesar da nova DCN do curso de medicina, o ensino médico no cenário atual é predominantemente voltado para especialidades, dificultando a atuação integral e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Educação Médica; Revisão

Como citar: Garcia Jr. CAS, Steil A, Miranda CG. Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1694. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1694](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1694)

Autor correspondente:

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.
Recebido em: 21/02/2018.
Aprovado em: 02/01/2019.



Abstract

Introduction: According to the Resolution No. 3, 2014, from the Brazilian Ministry of Health, that establishes the National Curricular Guidelines of the Medicine Undergraduate Course. According to the guidelines, the medicine student must have general, humanistic, critical, reflexive and ethical training, with capacity to act at the different levels of health care, among them, prevention. The diagnostic investigation should be based on the best scientific evidence and according to the needs of the person. In this sense, quaternary prevention and its principles meet the objectives of the DNC.

Objectives: To perform the intersection in Brazilian journals between the quaternary prevention and medical teaching after the implementation of the DNC of 2014. **Methods:** Integrative review of the articles available on CAPES, Scielo, PubMed and Google Academic platforms, from 2014 until October 2017, by the keywords “quaternary prevention” and “education”. Exclusion criteria includes articles sponsored by pharmaceutical industries, unavailable in their entirety, without abstract and foreign articles. **Results:** 33 documents were found and 9 articles were selected for analysis, focused mainly on the practice of quaternary prevention. Only 3 studies allude to medical education. **Conclusion:** Quaternary prevention is a subject of great relevance in medical practice, however, it is still deficient in graduation, based on the restricted productions available. Despite the new guidelines of the medical course, medical education in the current scenario is predominantly focused on specialties, hindering the integral and person-centered performance.

Keywords: Quaternary Prevention; Education, Medical; Review

Resumen

Introducción: De acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) del Curso de Graduación en Medicina de 2014, el graduando debe tener una formación general, humanista, crítica, reflexiva y ética, con capacidad para actuar en todos los niveles de atención a la salud, entre éstos, la prevención cuaternaria. La investigación diagnóstica debe realizarse sobre la base de las mejores evidencias científicas y según las necesidades de la persona. Además, el médico debe atender para no perjudicar aquellos que buscan ayuda, causando iatrogenias. En este sentido, la prevención cuaternaria y sus principios tienen relación con los objetivos de la DCN. **Objetivos:** Buscar activamente la intersección entre la P4 y la educación médica en los periódicos brasileños después de la implantación de la DCN de 2014. **Métodos:** Revisión integrativa de artículos en las plataformas de CAPES, Scielo, PubMed y Google Académico, a partir del año 2014 hasta octubre de 2017, a través de las palabras-clave “prevención cuaternaria” y “educación”. Los criterios de exclusión incluyen los artículos patrocinados por industrias farmacéuticas, indisponibles en su totalidad, sin resumen y extranjeros. **Resultados:** Se han encontrado 33 documentos y 9 artículos seleccionados para análisis, orientados principalmente a la práctica de la P4. Sólo 3 estudios hacen alusión a la educación médica. **Conclusión:** La prevención cuaternaria es de gran pertinencia en la práctica médica, sin embargo, todavía es deficiente en la graduación. A pesar de la nueva DCN del curso de medicina, la enseñanza médica es predominantemente orientada a especialidades, dificultando la actuación integral y centrada en la persona.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria; Educación Médica; Revisión

Introdução

No ano de 2014, o Ministério da Educação instituiu, sob a resolução nº 3, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina. Este documento estabelece princípios, fundamentos e finalidades para a formação em medicina. Segundo a DCN, o(a) graduando(a) em Medicina deve ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, dentre estes, a prevenção.¹ Durante o processo de promoção de investigação diagnóstica, a DCN refere que a solicitação de exames complementares, por exemplo, deve ser realizada com base nas melhores evidências científicas e conforme as necessidades da pessoa.

Nesse sentido, a fim de fortalecer a noção de uma medicina pautada nas melhores evidências, apresenta-se a noção da prevenção quaternária (P4), oficializada pela *World Organization Family Doctors* (WONCA), em 2003, cujos princípios vão de encontro com os objetivos da DCN.² A P4 se baseia na detecção dos indivíduos em risco de tratamentos excessivos, com o objetivo de protegê-los contra intervenções médicas inapropriadas e sugerir alternativas menos danosas.² Para o cuidado clínico ser baseado na P4, faz-se necessária uma abordagem centrada na pessoa,³ medicina baseada em evidências e longitudinalidade.⁴

Em uma sociedade que, cada vez mais, preza por uma rápida resolução de todos os seus problemas e sofrimentos, a prática médica acaba acompanhando seus anseios, de modo que a aplicabilidade da P4 se encontra constantemente ameaçada. Não obstante, muitas vezes, a conduta frente à situação trazida ao consultório é, simplesmente, esperar. Não é difícil de compreender por que esse formato de medicina causa estranheza e receio, principalmente por parte da população leiga.

Além disso, uma série de outros elementos, tais como as grandes indústrias farmacêuticas e forte apelo midiático, constroem um terreno fecundo para o sobrediagnóstico e sobretratamento, responsáveis diretamente por uma série de iatrogenias. Segundo Jamouille e Gomes,⁵ os médicos acabam escondendo suas incertezas por detrás de todo o aparato tecnológico que o mercado hoje oferece, afastando-se do antigo princípio de quem cuida: o de primeiro não causar dano.

É nessa formatação que a educação médica, em geral, prepara seus futuros profissionais. Segundo Gérvas e Pérez-Fernández,⁶ o ensino médico é “centrado na tirania do diagnóstico, no uso da tecnologia, na visão fragmentada do corpo (apenas sem alma) como campo de batalha contra a doença e fator de risco”⁶ (p. 8).

As universidades são ambientes de formação do pensamento. Consequentemente, refletem diretamente na maneira como o indivíduo irá atuar como médico. Uma das formas de verificar a presença de determinado tema na educação médica dá-se pela análise das produções científicas realizadas acerca do assunto. Assim, o objetivo principal do estudo é analisar de que modo a P4 está presente no meio científico no Brasil, sobretudo após a DCN de 2014, a qual, como salientado previamente, estimula a formação de profissionais com uma postura mais crítica e reflexiva.

Dessa forma, é possível verificar se a P4 é alvo de interesse na formação médica ao visualizar a dimensão de estudos presentes no meio acadêmico-científico, tendo como embasamento diretrizes que apontam para a construção de uma medicina que englobe a totalidade do ser humano e suas reais necessidades evitando ao máximo causar danos.

Métodos

Para elaboração dos métodos, foram seguidas as recomendações da declaração de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).⁷

Para identificar os artigos que compõem a revisão integrativa foi realizada uma busca ativa das produções científicas brasileiras em bancos de dados na internet. As plataformas utilizadas para a busca foram a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), PubMed e Google Acadêmico. A escolha destes

meios ocorreu por serem bases de confiabilidade e fácil acesso. Não foi realizado o acesso à base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A última data de acesso aos bancos de dados ocorreu em outubro de 2017.

As estratégias de busca foram definidas por meio dos termos (palavras-chave) “Prevenção Quaternária” e “Educação”. Os critérios de inclusão foram estudos brasileiros, disponíveis nas bases de dados descritas, publicados a partir de 2014. Esse recorte temporal se justifica porque é o ano em que foi instituída a nova DCN para a graduação em medicina.

Para a seleção dos artigos, foram aplicados alguns critérios de exclusão, sendo estes: artigos publicados em revistas patrocinadas pela indústria farmacêutica, para retirar o viés de quaisquer conflitos de interesse presentes; artigos sem resumo, visto que encontram-se incompletos e fora das normas padrões para a publicação de artigos; e artigos publicados em revistas estrangeiras e língua inglesa, pois a revisão se propõe a realizar uma intersecção entre a P4 e o ensino médico após a instituição das novas diretrizes curriculares nacionais.

A análise dos resultados obtidos ocorreu pela leitura dinâmica dos títulos e resumos e, após isso, os artigos selecionados foram lidos por completo, verificando os dados que são predominantemente expostos com relação à P4 e as publicações realizadas sobre o tema com enfoque na educação médica. Após obtidos, os dados foram correlacionados com os elementos balizadores propostos pela nova DCN da graduação de medicina.

Resultados

Por meio dos descritores utilizados “Prevenção Quaternária” e “Educação” foram encontrados 33 artigos e, após a aplicação dos critérios de exclusão e descarte dos artigos duplicados, restaram 9 artigos selecionados para a análise. O diagrama da Figura 1 exemplifica as etapas realizadas no processo da busca.

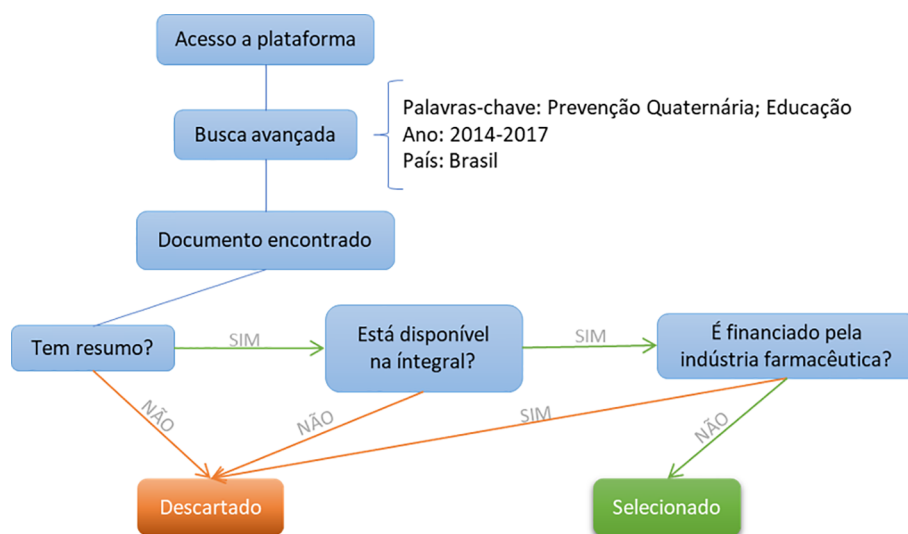


Figura 1. Diagrama de etapas para a busca e seleção dos artigos.
Fonte: Autores (2018).

Na plataforma de periódicos da CAPES, foram aplicados os filtros: “prevenção quaternária” AND “educação”; “2014-2017”. Sete artigos foram encontrados; destes, apenas um foi incluído ao estudo, visto que um dos artigos não continha resumo e os cinco restantes não iam de encontro com o tema pesquisado, sendo a P4 citada esporadicamente nos textos.

A busca na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) por “Prevenção quaternária” revelou cinco artigos; destes, dois foram selecionados para o estudo. Dois foram descartados, pois seu tema principal não era voltado para a P4 e um dos artigos não possuía resumo. Quando expandida para “Prevenção quaternária” AND “educação”, um artigo foi encontrado. Todos os artigos respeitavam o período entre 2014-2017.

No PubMed, “Quaternary Prevention” AND “Education”; 2014-2017, revelou quatro resultados, porém, os autores não eram brasileiros e, portanto, foram excluídos de nosso banco de dados por não versarem nossa realidade.

A busca na plataforma Google Acadêmico foi feita com “prevenção quaternária” no título e “educação” em qualquer parte do texto, foram encontrados 18 resultados no período estabelecido. Destes, foram excluídos cinco artigos sem resumo, quatro artigos estrangeiros, dois resultados que estavam em formato de slides e um artigo não estava disponível na íntegra; sendo assim, seis publicações foram incluídas à revisão.

Os artigos incluídos na revisão sistemática se encontram no Quadro 1, com seus respectivo objetivos e autores, bem como as revistas e ano em que foram publicados.

Discussão

A P4 é um tema que ainda é pouco trabalhado dentro da graduação médica. A pesquisa revela que o número de publicações voltadas para o assunto disponíveis nas bases de dados nacionais ainda é pequeno. O cenário do ensino médico foi abordado diretamente em três artigos e apenas dois elaboraram críticas e questionamentos perante a formação dos profissionais. Uma vez que a graduação contém disciplinas e estágios direcionados principalmente para as especialidades, inviabiliza a constituição de um atendimento com integralidade. Os trabalhos selecionados para o estudo foram, em sua maioria, publicações da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (MFC), demonstrando como o tema é interesse predominante dos profissionais da MFC. O alcance da P4 necessita de expansão, visto que deve ser amplamente realizada dentro de todas as áreas de atuação.

Apesar dos critérios de exclusão para a revisão, a busca no PubMed com as palavras chaves “*Quaternary Prevention*” em título/resumo revelou 60 artigos. Quando acrescida de “*Education*”, os resultados se restringem a apenas 5 artigos, dos quais nenhum deles se correlaciona com o ensino médico na graduação. Isto posto, pode apontar a carência de estudos relacionados a P4 como estratégia de ensino na graduação médica, inclusive no âmbito internacional.

O principal risco desta revisão foi a possibilidade de algum artigo sobre o assunto não ter sido selecionado, uma vez que as palavras chave “Prevenção Quaternária” e “Educação” restringiam a busca. Além disso, a restrição da busca com data após a DCN de 2014, bem como o idioma em português, isenta da revisão artigos de extrema relevância para a P4, desde quando foi conceitualizada. A limitação da língua portuguesa pode, também, ter excluído da seleção artigos sobre o Brasil que foram publicados fora do país.

Quadro 1. Características dos estudos publicados a respeito da temática (2014-2017).

Estudo	Título	Objetivo	Plataforma	Autores	Revista	Ano
1	Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem	Discutir o posicionamento da SBMFC frente a campanha Novembro Azul e sua repercussão.	Scielo	Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto, Rodrigo Luciano Bandeira de Lima, Ana Carolina D'Angelis, Daniel Knupp Augusto	Interface, comunicação, saúde e educação	2017
2	Diferenciando o cuidado clínico da prevenção de doença: um pré-requisito para praticar a prevenção quaternária	Discutir a diferenciação entre cuidado clínico e prevenção para a prática da prevenção quaternária.	Scielo	Charles Dalcanale Tesser, Armando Henrique Norman	Cadernos de Saúde Pública	2016
3	Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária	Revisão acerca dos conceitos de prevenção, da primária à quaternária, na literatura em saúde em língua portuguesa, suas motivações, definições, importância, abrangência e consequência.	CAPES	Tiago Sousa Neiva, Lucy Gomes Vianna, Clayton Franco Moraes	Revista Eletrônica Gestão & Saúde	2015
4	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	Justificar a necessidade de prevenção quaternária frente à 'violência obstétrica'.	Google acadêmico	Charles Dalcanale Tesser, Roxana Knobel, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, Simone Grilo Diniz	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2015
5	Prevenção quaternária e limites em medicina	Descrever a prevenção quaternária e sua aplicação na prática.	Google acadêmico	Marc Jamoulle, Luís Filipe Gomes	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2014
6	Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente	Apresentar as bases clínicas e conceituais para se operacionalizar a prevenção quaternária na prática dos serviços de Atenção Primária à Saúde e no ambiente de ensino e/ou programa de residência em medicina de família	Google acadêmico	Armando Henrique Norman, Charles Dalcanale Tesser	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2015
7	Literatura médica e a ética em pesquisa: desafios para a prevenção quaternária	Discutir a qualidade das evidências científicas publicadas no campo da medicina	Google acadêmico	Hemilton Lima Wagner, Cynthia Ramos Soares, João Victor Moreira	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2015
8	Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa	Identificar a Prevenção Quaternária (PQ) e discutir suas formas de inserção na atenção primária à saúde.	Google acadêmico	Danielle Machado Portocarrero Gross, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho, Leandro dos Reis Lage, Donizete Vago Daher, Cristina Portela da Mota	Rev Enferm UFPE on line	2016
9	Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde	Reunir materiais produzidos durante VI Cúpula Ibero-americana de Medicina de Família e Comunidade, sobre alguns temas relacionados à P4 e estratégias para difundir o tema no contexto médico-acadêmico e populacional.	Google acadêmico	Miguel Pizzanelli, Marina Almenas, Robert Quirós, Carlos Pineda, Esteban Cordero, Niurka Taureaux, Maria de Lourdes Rojas, Karin Kopitowski, Ricardo La Valle, Monica Nivel, Verónica Menares, Agustina Piñero, Sonia Ortiz, Rolando Herrera, Alexis Correa Taja	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2016

Fonte: Autores (2018).

Segundo Neiva et al.,⁸ a intervenção médica por meio de ações preventivas possui carências, tais como aumento dos gastos ligados à saúde com a especialização crescente da medicina, o que leva ao desvio da noção de totalidade do paciente através do conhecimento médico voltado para uma ótica puramente biológica; bem como o despreparo da educação médica em formar profissionais que atendam às reais necessidades da população.

Com o intuito de fornecer informações de qualidade para o uso médico, em 1993, foram lançados os fundamentos da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que até hoje são utilizados para tomadas de decisões terapêuticas éticas e comprovadas. Entretanto, Wagner et al.⁹ relatam em estudo que a MBE se tornou alvo de indústrias farmacêuticas que, por sua vez, distorcem dados científicos para favorecer o movimento de se obter o lucro a qualquer custo. Esta situação também é comentada por Modesto et al.¹⁰ em seu estudo, ao retratar o papel da imprensa em associação com indústria farmacêutica, médicos e grupos de pacientes, que acabam disseminando, por meios midiáticos, uma crescente forma de medicalização: a promoção da doença.

O aumento dos estudos voltados para as afecções, medicações e medidas preventivas levam a pensamentos que revogam a probabilidade do adoecimento. Esta vertente, segundo Norman e Tesser,¹¹ estimula a medicalização dos riscos, quer pela introdução na prática clínica de tratamentos e intervenções preventivos, quer pelo sucessivo e progressivo rebaixamento dos pontos de corte diagnósticos e metas para o controle de níveis de pressão arterial, colesterol sérico, hemoglobina glicosilada, Índice de Massa Corporal (IMC), entre outros. Os critérios cada vez mais rigorosos para o estabelecimento de diagnósticos foi criticado por Jamouille e Gomes⁵ ao colocarem que “somos todos doentes no estágio I se o estágio I for aquele que define a ausência de sintomas para uma afecção predizível” (p. 187). Gross et al.¹² e Wagner et al.,⁹ do mesmo modo, concordam com o exposto em seus respectivos estudos.

Todavia, identificar um fator de risco assintomático ou diagnosticar uma doença em etapas menos avançadas, nem sempre significa menor risco de morrer. De acordo com Modesto et al.,¹⁰ estudos randomizados realizados em vários países demonstraram que a redução da mortalidade é insignificante se comparada aos danos atrelados à aplicação do rastreamento. A medicalização pode reverter situações vitais em quadros patológicos. Como consequência direta, temos a transformação de pessoas sadias em doentes, aumento do consumo de recursos sanitários e falta de controle ao manejar as expectativas da população.

Ao declarar a situação da violência obstétrica, por exemplo, Tesser et al.¹³ apontam para a forte questão cultural como pano de fundo de várias das tomadas de decisões das gestantes, que se mostram, por vezes, permissivas a condutas médicas desnecessárias, pois lhes é culturalmente introjetado um modelo de assistência, oferecido de maneira hegemônica. Pizzanelli et al.¹⁴ relatam que os pacientes, muitas vezes, impulsionam a medicalização, alheios aos prejuízos expostos, sendo comum encontrarmos presente uma forte demanda “da cura” e a abolição de todo sintoma. As pessoas encontram-se dependentes, incapacitadas para exercer o autocuidado e tolerar o sofrimento e mal-estar.

Visto os fatores citados anteriormente, a P4 tem por objetivo identificar, justamente, aqueles indivíduos enquadrados nos valores extremos dos critérios que passam a apresentar maiores riscos de sofrer com o processo de supermedicalização.

Desta forma, a P4 serve para protegê-los de uma intervenção médica injustificada, ou seja, iatrogênica¹⁰. Segundo Jamouille e Gomes,⁵ em seu cerne, a P4 surge como problematizadora para cada um dos níveis de prevenção em saúde. Ela o faz ao verificar a pertinência da educação para saúde (prevenção primária), questionar sobre se os critérios diagnósticos das doenças e objetivos dos rastreamentos são válidos e verdadeiros (prevenção secundária) e ao pregar mais comunicação com o paciente e a prática de cuidados comprovados por evidência científica (prevenção terciária).⁵

Martins et al.,¹⁵ em estudo publicado em 2018, reveem o conceito de P4, proposto por Jamouille em 1999, e esclarecem a pertinência de aplicar os princípios da P4 dentro de todos os níveis de prevenção. Redefinem-na como “ações tomada para proteger indivíduos (pessoas, pacientes) de intervenções médicas que podem causar mais dano do que benefício” (p. 107).¹⁵ Desta forma, é reconhecido que a P4 deve ser uma conduta presente no íterim de todo atendimento em saúde, reconhecida por todos os profissionais e aplicada de forma individualizada para todos os indivíduos.¹⁵

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui em suas concepções facilidades para a aplicação da P4, pois, para que estes pacientes sejam identificados, é necessário que a abordagem dos problemas leve em conta o tipo de sofrimento da pessoa e sua relação com o tempo.¹⁶ Jamouille e Gomes⁵ referem que a P4 é conquistada, sobretudo, por meio de uma relação longitudinal de confiança com o paciente, dispondo do tempo como instrumento. Tal característica se perde na sobreutilização das urgências hospitalares e no acesso livre a todas as especialidades, sendo assim, uma das competências do Médico de Família e Comunidade.⁵

O Médico de Família e Comunidade precisa compreender o aspecto físico da enfermidade, mas também os significados que o processo de adoecimento traz para o paciente e suas famílias. Queixas específicas dentro do eixo anatomopatológico podem exigir medidas medicamentosas e procedimentos, com uma razão risco/benefício favorável. Já situações de sofrimento inespecíficas e situações de adoecimento potencial ou futuro, a razão risco/benefício costuma ser desfavorável e precisa ser pensada de forma crítica baseada nas melhores evidências possíveis.¹¹

Para Norman e Tesser,¹¹ a prática da P4 pode ser realizada durante todas as consultas, no momento de manejo clínico, onde as decisões idealmente são tomadas em conjunto. Neiva et al.⁸ concordam que a prática médica precisa levar em consideração o paciente como um todo e deve estar fundamentada em um compartilhamento das decisões clínicas com o paciente, desde que, respaldadas em evidências, garantindo um empoderamento da pessoa acerca de sua própria saúde. Em toda intervenção é preciso buscar ativamente aquilo que trará real benefício a esse indivíduo.⁸

Não obstante, a intervenção quaternária só é factível se houver uma relação médico-paciente harmoniosa.¹¹ Segundo Gross et al.,¹² o meio mais eficaz de se atingir este nível de prevenção seria: ouvir melhor os pacientes para adaptar o tecnicamente possível ao individualmente necessário e desejado.

Os autores Norman e Tesser¹¹ descrevem que uma das medidas de operacionalização da P4 ocorre com o uso criterioso da linguagem. O diálogo precisa ir de encontro com o universo cultural das pessoas envolvidas, para evitar qualquer tipo de desconforto. As crenças, ansiedades e medos do paciente precisam

ser acolhidos. Caso contrário, os termos escolhidos podem por si só causar iatrogenia (por rotulação e efeito nocebo). Assim, a P4 induz os profissionais a manterem uma proximidade longitudinal e centrarem o cuidado nas pessoas e em suas vivências, protegendo-as de desvios induzidos pelos automatismos da ânsia diagnóstica e terapêutica.¹¹ Sendo assim, questiona-se a necessidade de inserir o ensino de técnicas para habilidades em comunicação dentro da graduação, aprimorando a sensibilidade do acadêmico para identificar a melhor linguagem a ser utilizada com o paciente a fim de atingir a compreensão e evitar iatrogenias.

Visto isso, a P4 torna-se conceito fundamental no atendimento e, como efeito secundário desejável, leva a uma redução considerável dos custos dos atendimentos na APS.¹²

Para que seja exercida com parcimônia, a P4 impõe uma estrita necessidade de o profissional estar atualizado sobre os estudos científicos de boa qualidade voltados para avaliar a relação risco-benefício dos rastreamentos, o que significa que precisa usar a MBE, inexoravelmente, para bem embasar, técnica e eticamente, sua decisão de rastrear.¹² Ademais, é necessária uma avaliação criteriosa da literatura científica antes de realizar a tomada de decisões.⁷

Em relação à educação, poucos estudos se relacionaram com o ensino médico. Norman e Tesser¹¹ comentam que as discussões pautadas para a prática da P4 devem ser relevantes para os profissionais, as instituições de saúde, mas também para disciplinas relacionadas à saúde em cursos de graduação e pós-graduação. Segundo Gross et al.,¹² a formação dos profissionais está voltada para especialidades médicas, e, conseqüentemente, direciona o raciocínio clínico para o rastreamento de doenças específicas das especialidades.

O olhar amplo necessário para a realização de uma APS de qualidade muitas vezes encontra-se deficiente. Assim, o diagnóstico “especializado” inviabiliza a realização de um diagnóstico preciso, pois não há espaço para os atendimentos longitudinais para que este seja definido com certeza, como também, as vulnerabilidades do território, o histórico social, a relação familiar e outros fatores que podem estar inseridos no processo saúde doença de cada indivíduo não são levados em consideração.¹² A graduação deve estimular um olhar social e político, a fim de incluir os determinantes sociais no desenvolvimento de políticas de saúde e no exercício próprio da profissão.¹⁴

De acordo com Gross et al.¹² e Pizzanelli et al.,¹⁴ o ensino da P4 é uma estratégia que deve ser disseminada permanentemente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na formação dos profissionais de saúde, para que a APS seja exercida com excelência na Estratégia de Saúde da Família, diminuindo a medicalização e a iatrogenia do cuidado.

Em seu estudo, Gross et al.¹² vai de encontro com a novas DCNs ao relatar a importância de formar profissionais que já saiam para o mercado de trabalho com uma postura holística, a qual lhes permite entender o SUS em todas as suas linhas de ação.

Um único estudo publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em 2015, por Gomes et al.,¹⁷ discorre sobre o ensino e a aprendizagem da P4. Demonstra técnicas para ensino e aprendizagem da P4 que podem ser aplicadas na formação acadêmica e profissional, bem como as competências que devem ser desenvolvidas em cada nível (iniciante, competente, proficiente e *expert*). Não cabe neste artigo esmiuçar o roteiro proposto pelos autores, porém, é necessário salientar que este é o único estudo que trabalha explicitamente a P4 na educação médica. Todavia, apesar de estar publicado

na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, por estar em língua estrangeira não pode ser englobado nos resultados da presente revisão.

Gomes et al.¹⁷ afirmam que ensinar prevenção quaternária é um processo complexo e desafiante que envolve habilidades de comunicação, relação médico-paciente e, sobretudo, uma abordagem centrada no aluno, em que o educador sai do papel de apenas transmitir informações e se torna um facilitador que guia as experiências do próprio aluno. Para que a P4 seja globalmente utilizada, como sugerem Martins et al.,¹⁵ aspectos “biopsicossociais” e holísticos devem estar integrados ao conhecimento do contexto econômico, dos serviços de saúde e da tecnologia incorporada no contexto em que se apresenta.¹⁷

Segundo Pizzanelli et al.,¹⁴ em âmbito populacional, deve-se estabelecer um modelo de informação mais direto em todos os meios midiáticos possíveis: panfletos, cartazes, avisos em rádios, televisivos, redes sociais, sites, web, blogs, vídeos, de modo a estimular os pacientes a conhecer suas opções, prós e contras.

Nesse contexto, a P4 mostra-se uma ferramenta fundamental não só na APS, mas em todo o SUS, pois ao eliminar os tratamentos e rastreamentos diagnósticos desnecessários, assim como a sobremedicalização, os custos com saúde do sistema tendem a diminuir, assim, possibilitando um melhor uso dos recursos disponíveis no cenário econômico atual.¹⁴

Conforme apontado por Norman e Tesser,¹⁸ o ensino da prevenção quaternária é um ponto estratégico para uma prática em APS de excelência. Deve ocorrer no contexto de formação dos profissionais de saúde e ser lembrado regularmente com blocos de educação permanente no SUS. No intuito de que a prática se consolide para diminuir a medicalização e a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebida no Brasil, segundo os autores.

Sendo assim, a revisão realizada apresenta como benefícios contribuir para a comunidade acadêmica, demonstrando os trabalhos realizados após as mudanças curriculares e, de certa forma, constatar se os resultados encontrados se espelham ou se contrastam à educação médica atual.

Conclusões

O presente estudo, a partir das buscas realizadas, identifica uma predominância de artigos publicados na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. O tema da P4 demonstrou-se, portanto, ser uma preocupação encontrada em profissionais e estudiosos envolvidos com a APS. A revisão bibliográfica evidenciou que poucos artigos englobam a graduação médica, porém, não podemos concluir se o assunto é pouco discutido dentro das instituições ou se há pouco interesse dos acadêmicos e docentes em realizar pesquisas sobre o tema.

Sendo assim, sugere-se que outras modalidades de pesquisa sejam utilizadas para verificar a presença da P4 na graduação, por meio de análise do currículo ou entrevistas com os próprios acadêmicos, podendo averiguar se as competências relacionadas a inserção da P4 estão presentes nos profissionais docentes e se este conhecimento está no cerne das práticas clínicas diárias, principalmente no internato médico, onde o ensino é centralizado nas experiências do aluno e há uma relação mais próxima com o paciente.

Apesar dos assuntos abordados nos estudos voltados para a P4 serem equivalentes com a nova DCN da graduação de medicina, ao indicarem o atendimento individualizado com escolhas terapêuticas e diagnósticas embasadas em evidências, nenhuma pesquisa até o momento citou o documento da DCN em si.

A P4 é um tema de grande relevância dentro da prática clínica dos profissionais e pode trazer como resultados a diminuição da medicalização, de equívocos diagnósticos e de ações preventivas que não trazem benefícios reais aos pacientes.

Dentro da premissa da P4, é de suma importância que haja fomento para produções científicas pelas instituições governamental e ensino já na graduação, estimulando o aprendizado sobre o tema para formar profissionais aptos a um atendimento integral e singular, respeitando os limites das intervenções médicas desnecessárias.

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: AS, CGM, CGJ; Aquisição e análise dos dados: AS, CGM; Redação preliminar: AS, CGM; Revisão crítica da versão preliminar: CGJ; Submissão do estudo: CGJ; Cumprimento das alterações solicitadas pelo Conselho Editorial da RBMFC: AS, CGM, CGJ; Revisão da redação final: CGJ.

Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos à Liga de Medicina de Família e Comunidade da UNIVALI pela oportunidade de termos um espaço em que foi possível o encontro dos autores, com o subsequente desejo de realizar o presente estudo.

Conflito de interesses

Declararam não haver.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasil. Ministério da Educação; 2014. [acesso 2017 Out 2017 16]. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
2. Bentzen N. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract*. 1995 [acesso 2017 Out 16];12(3):341-69. <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/12.3.341>
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CI, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.
5. Jamouille M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 [acesso 2017 Out 16];9(31):186-91. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867)

6. Gérvas J, Pérez-Fernández M. São e salvo: E Livre de Intervenções Médicas Desnecessárias. Porto Alegre: Artmed; 2016.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009 [acesso 2018 Jan 14];6(7):e1000097. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
8. Neiva TS, Vianna LG, Moraes CF. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. *Rev Eletr Gestão Saúde*. 2015 [acesso 2017 Out 16];6(2):1418-27. <https://dx.doi.org/10.18673/gsv6i2.22477>
9. Wagner HL, Soares CR, Moreira JV. Literatura médica e a ética em pesquisa: desafios para a prevenção quaternária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 [acesso 2017 Out 16];10(35):1-4. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1116](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1116)
10. Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso 2017 Out 16];22(64):251-62. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>
11. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 [acesso 2017 Out 16];10(35):1-10. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
12. Gross DMP, Camacho ALCF, Lage LR, Daher DV, Mora CP. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line (Recife)*. 2016 [acesso 2017 Out 16];10(Supl. 4):3608-19. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11136/12633>. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201613
13. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 [acesso 2017 Out 16];10(35):1-12. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
14. Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureau N, et al. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 [acesso 2017 Out 16];11(Suppl 2):75-85. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388)
15. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018 [acesso 2018 Dez 2];24(1):106-11. <https://dx.doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>
16. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad Saúde Pública*. 2016 [acesso 2017 Out 16];32(10):e00012316. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00012316>
17. Gomes LF, Gusso G, Jamoulle M. Teaching and learning quaternary prevention. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 [acesso 2018 Dez 2];10(35):1-14. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1050](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1050)
18. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2009 [acesso 2018 Dez 2];25(9):2012-20. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>

Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders

A compilação de triagem de transtornos mentais específicos pode detectar transtornos mentais gerais

La compilación de la selección de trastornos mentales específicos puede detectar los trastornos mentales generales

Lívia Maria Bolsoni
Leonardo Moscovici
João Mazzoncini de Azevedo Marques
Antonio Waldo Zuardi

Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brazil.
liviab@usp.br (Corresponding author);
leoscovici@gmail.com;
joaoazevedomarques@gmail.com;
awzuardi@fmrp.usp.br

Abstract

Objective: To evaluate whether a short compilation of screening tools for specific disorders could identify Mental or Emotional Disorders (MEDs) in the general population. **Methods:** We selected validated screening tools for the most prevalent MEDs. In order to be selected, these tools should maintain the psychometric properties of the complete instrument with a reduced number of items. These instruments were: Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2), item 3 of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and three items on the Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener (APSS-3). We called this compilation of screening tools Mini Screening for Mental Disorders (Mini-SMD). The study was divided in two phases. Firstly, 545 subjects were interviewed with the Mini-SMD and COOP/WONCA-Feelings at their residences. Subsequently, subjects who had agreed to participate (230) were reinterviewed with Mini-SMD, COOP/WONCA-Feelings and MINI interview. Test-retest reliability was calculated by Intraclass Correlation Coefficient (ICC). Receiver operating characteristic (ROC) curves were generated for the analysis of discriminative validity. Concurrent validity was calculated by analyzing the correlation between Mini-SMD and COOP/WONCA-Feelings. **Results:** The joint administration of screening tools for specific disorders showed sensitivities that ranged from 0.76 to 0.88 and specificities from 0.67 to 0.85. The ICC value for the total score of Mini-SMD was 0.78. The area under the curve was 0.84, with a sensitivity of 0.74 and specificity of 0.76 (for a cutoff ≥ 4). **Conclusion:** This study showed that a short compilation of screening tools for specific disorders can detect MEDs in general population.

Keywords: Mental Disorders; Primary Health Care; Mass Screening; Reproducibility of Results; Validity of Tests.

Cite as: Bolsoni LM, Moscovici L, Marques JMA, Zuardi AW. Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1685](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1685)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

151.906 (FMRP/USP), approved on 11/23/2012.

Conflict of interest

none declared.

Provenance and peer review:

peer reviewed.

Received: 01/30/2018.

Accepted: 03/26/2018.

Resumo

Objetivo: Avaliar se um compilado breve de instrumentos de triagem, para transtornos mentais específicos, pode detectar transtornos mentais e emocionais na população geral. **Método:** Foram selecionados instrumentos de triagem validados para os transtornos mentais e emocionais mais prevalentes. Como critério de seleção, esses instrumentos deveriam manter as propriedades psicométricas do instrumento completo com apenas um ou alguns itens. Os instrumentos selecionados foram: o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), o *Generalized Anxiety Disorder Scale-2* (GAD-2), o item 3 do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), e três itens do *Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener* (APSS-3). Esse compilado de instrumentos de triagem foi chamado de Mini Rastreamento para Transtornos Mentais (Mini-RTM). O estudo foi dividido em duas fases: na primeira, 545 sujeitos foram entrevistados com o instrumento de triagem Mini-RTM e COOP/WONCA-Sentimentos em suas residências; na segunda fase, os sujeitos que concordaram em participar (230) foram entrevistados com o Mini-RTM, COOP/WONCA-Sentimentos e a entrevista diagnóstica MINI. A confiabilidade teste-reteste foi calculada pelo Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC). A área sob a curva ROC foi gerada para a análise da validade discriminativa. A validade concorrente foi calculada pela análise da correlação entre o Mini-RTM e o COOP/WONCA-Sentimentos. **Resultados:** A administração conjunta dos instrumentos de triagem para transtornos específicos mostrou sensibilidades que variaram de 0,76 a 0,88 e especificidades que variaram de 0,67 a 0,85. O valor do ICC para o escore total do Mini-RTM foi de 0,78. A área sob a curva para a detecção dos transtornos mentais foi de 0,84, com sensibilidade de 0,74 e especificidade de 0,76 (ponto de corte ≥ 4). **Conclusão:** Esse estudo mostrou que um compilado breve de instrumentos de rastreamento para transtornos mentais específicos (Mini-RTM) pode detectar transtornos mentais e emocionais na população geral.

Palavras-chave: Transtornos Mentais, Atenção Primária à Saúde, Programas de Rastreamento, Reprodutibilidade dos Testes, Validade dos Testes.

Resumen

Objetivo: Evaluar si un breve compilado de herramientas de detección para trastornos mentales específicos puede detectar los trastornos mentales y emocionales en la población general. **Método:** Herramientas de detección validadas para los trastornos emocionales y mentales más frecuentes han sido seleccionadas. Como criterios de selección, estas herramientas deberían mantener las propiedades psicométricas del instrumento completo con sólo uno o pocos elementos. Las herramientas seleccionadas fueron: el *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), el *Generalized Anxiety Disorder Scale-2* (GAD-2), el elemento 3 del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) y tres elementos del *Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener* (APSS-3). Este compilado de herramientas de detección ha sido denominado el Mini Detección para Trastornos Mentales (Mini-DTM). El estudio se dividió en dos etapas. En la primera etapa, 545 sujetos fueron entrevistados en sus residencias con la herramienta de detección Mini-DTM y COOP/WONCA-Sentimientos. En la segunda etapa, a los sujetos que aceptaron participar (230) se entrevistaron con el Mini-DTM, COOP/WONCA-Sentimientos y la entrevista diagnóstica MINI. La fiabilidad evaluar/revaluar fue calculada mediante el Coeficiente de Correlación Intraclassa (ICC). La Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) fue generada para el análisis de la validez discriminante. La validez concurrente se calculó mediante el análisis de la correlación entre el Mini-DTM y el COOP/WONCA-Sentimientos. **Resultados:** La administración conjunta de las herramientas de detección para trastornos específicos mostró sensibilidades que oscilaron de 0,76 a 0,88 y especificidades que oscilaron de 0,67 a 0,85. El valor del ICC para la puntuación total del Mini-DTM fue 0,78. El área bajo la curva para la detección de trastornos mentales fue 0,84, con una sensibilidad de 0,74 y especificidad de 0,76 (punto de corte ≥ 4). **Conclusión:** Este estudio demostró que un breve compilado de herramientas de detección para trastornos mentales específicos (Mini-DTM) puede detectar trastornos mentales y emocionales en la población general.

Palabras clave: Trastornos Mentales, Atención Primaria de Salud, Tamizaje Masivo, Reproducibilidad de Resultados, Validez de las Pruebas.

Introduction

Mental or emotional disorders (MEDs) are common to all countries and affect all ages and socioeconomic groups. A World Health Organization (WHO) multicenter study conducted in 14 countries showed that 20% of people who were treated in primary health care (PHC) units had at least one diagnosis of a current MED.¹ However, these cases are often not detected. Fewer than 50% of patients with a detected MED are adequately treated by PHC.² Several factors contribute to these low rates, such as poor funding for mental health and inappropriate infrastructure for referral patients.³

Gonçalves et al.⁴ reported that training Brazilian PHC staff in shared mental health care for a limited period of time was ineffective to improve MEDs recognition. One possibility for early detection would be training health care professionals to use screening tools and structured interviews, together with theoretical and practical mental health training. Screening questionnaires may help early detection and increase the likelihood that those who need treatment are diagnosed and properly treated.⁵

There is a broad literature on the use of screening instruments to identify specific mental disorders, such as the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)^{6,7} for depression disorders, General Anxiety Disorder (GAD-7)^{8,9} for anxiety disorders, and the Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)^{10,11} for alcohol abuse.

There are a few short screening tools for detecting multiple disorders or instruments that assess more than one MED.^{3,6,7} A systematic review of the literature calls “*bundled screening*” tools those that simultaneously assess multiple mental health disorders. There are two types of “*bundled screening*”, which are: (1) administration of a single tool that collectively encompasses more than one health condition (individual tools that assess more than one mental or substance use disorder in a single instrument) and, (2) administration of several brief instruments at the same time for isolated health conditions (tools that assess only one mental disorder using five or fewer items).³

Among the individual tools that assess more than one mental disorder, attention should be paid to the Self Reporting Questionnaire (SRQ),¹² the WHO Well-Being Index-5 Version 1¹³ and the Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/WONCA).¹⁴ These tools assess the general state of suffering/well-being but do not evaluate specific MEDs symptoms, except for a general reference to depression and anxiety.¹⁵ This evaluation includes somatic complaints (e.g., fatigue, pain, and other unpleasant bodily feelings), cognitive complaints (e.g., difficulty thinking clearly, concentrating and dealing with problems) and behavioral/emotional complaints (e.g., changes in sleep, appetite and motor skills, excessive worry, nervousness, sadness, anhedonia, death and misery).¹⁶⁻¹⁹

Mental disorders show high rates of co-occurring symptoms.³ Therefore, we postulate that the simultaneous administration of a few single-disorder tools would identify not only the specific disorder of that instrument but it would also identify general MEDs. For a bundled screening would be useful that the single-disorder screening tools include the more prevalent disorders or whose early detection is important in primary health care. Anxiety and depression disorders are the most frequent MEDs in several countries,^{20,21} including Brazil.²² Alcohol use and abuse is usually related to comorbidities, such as depression, suicide, use of violence, and use of tobacco and illicit drugs,²³ while psychotic disorders may be associated with significant cognitive and social impairment.²⁴

The present study evaluated whether a short compilation of screening tools for specific disorders could identify MEDs in the general population. In that way, short screening tools for depression, anxiety, alcohol abuse, and psychotic symptoms were compiled, and the psychometric properties of the single-instruments and the aggregated scores of the four screening tools, as a multiple-disorder screen, were evaluated.

Methods

Study design

This was a clinical assay designed as a psychometric cross-sectional study. The study was divided into two phases. The first one was applying the screening tools. Second phase was to apply once again the screening tools (retest) and a diagnostic interview (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI).

Study location

The study was conducted from May to December 2013 in areas assisted by PHC services linked to the Ribeirão Preto Medical School, state of São Paulo, Brazil.

Participants

Sample size was calculated based on a sample calculation study for the accuracy of diagnostic tests.²⁵ We considered that a sensitivity above 0.70 indicates a scale that could have satisfactory performance.²⁶ In this sense, we estimated the sensitivity of 0.75 and the minimum acceptable lower confidence limit as 0.65. With these values, the number of cases for the expected sensitivities with a 0.95 probability was 230 subjects. A total of 545 interviews was performed in the first phase of the study to reach 230 double-assessments (first and second interviews). Data collection was concluded when 230 pairs of interviews were reached.

Participants were selected by a random sample of households in the study area, based on a digital map. All residents of the selected households who met the inclusion criteria and agreed to participate were interviewed.

The inclusion criteria included: ≥ 18 years of age, voluntary participation, and residence within the study area. Exclusion criteria were presence of severe cognitive impairment and those who did not complete both phases of the study. All participants signed a consent form.

Compilation of screening tools for specific mental disorders

We selected screening tools for the most prevalent MEDs in the general population and whose early detection would be important for PHC, such as depression, anxiety, alcohol and psychotic disorders. The selection criteria for the adopted instruments were: i) it should screen anxiety, depression, alcohol abuse/dependency and psychotic disorder; ii) it should be well validated; and iii) it should have previously demonstrated that one or a few items maintain the psychometric properties of the complete instrument. The instruments and their selected items are described below:

a) *The Patient Health Questionnaire-2*

The PHQ-2 is the short version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),⁶ composed of two items related to depressed mood and loss of interest. The PHQ-9 evaluates the presence of one of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition diagnostic criteria for major depressive disorder.⁷ The PHQ-2 is validated, including a Brazilian sample.²⁷

b) *Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2)*

The GAD-2⁸ represents a short version of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7⁹ with two items focused on nervousness and worries. The GAD-2 is validated for the four most common anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder).⁸ The translation of GAD-2 was validated in Portuguese.²⁸

c) *Item 3 of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

AUDIT is an instrument developed by the WHO that identifies alcohol use disorders and is widely validated,¹⁰ including a Brazilian/Portuguese version.¹¹ It has been demonstrated that item 3 (AUDIT-3) of this Portuguese version has psychometric properties similar to the full AUDIT.²⁹

d) *Three items on the Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener (APSS-3)*

The APSS is a 7-item instrument that evaluates psychotic disorders. A study of its psychometric characteristics showed that only three items on this scale had adequate sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values. These items evaluate paranoia and auditory/visual hallucinations.³⁰ Two bilingual researchers translated the APSS-3 items independently, and the final version was decided by consensus.

Each item on the PHQ-2, GAD-2, and APSS-3 was assessed on a Likert-like scale ranging from 0 to 3. In order to keep the scale range uniform, we adapted the AUDIT-3 ranging from 0 to 3, by blending the degrees 0 (never) and 1 (less than monthly). Table 1 shows the compilation of screening tools for specific mental disorders.

Table 1. Composition of the Mini-SMD

Scales	Items	Score			
		0	1	2	3
PHQ-2	Little interest or pleasure in doing things	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
	Feeling down, depressed or hopeless	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
GAD-2	Feeling nervous, anxious or on edge	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
	Not being able to stop or control worrying	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
AUDIT-3	How often do you consume six or more alcoholic drinks on one occasion?	Never or less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
APSS-3	- Have you ever heard voices or sounds that no one else could hear? - Have you ever seen things other people could not see? - Have you ever thought people might be following or spying on you?	No "yes" answer	1 "yes" answer	2 "yes" answers	3 "yes" answers

The sensitivity and specificity of the PHQ-2, GAD-2, AUDIT-3, and APSS-3 were calculated concerning depressive disorders (major depressive disorder and dysthymia); anxiety disorders (social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder); alcohol abuse or dependence; and psychotic disorders, respectively. To test whether this compilation of validated screening tools could be used as a general screening instrument for MEDs, we considered the sum of the items, ranging from 0 to 18. We called it Mini Screening for Mental Disorders (Mini-SMD).

Other Assessment Tools

The MINI has been selected as the gold standard instrument for discriminative validity analysis³¹ (already validated in a Brazilian population similar to that of this study, with excellent psychometric indices).³²

The Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/WONCA), developed by the World Association of Family Physicians is a short instrument that assesses several issues, such as physical fitness, feelings, daily and social activities, and overall health.³³

It was validated in a Brazilian PHC population, and only one item on this scale (feelings) had satisfactory psychometric properties for general wellness assessment with good psychometric indices for MEDs screening.¹⁴

COOP/WONCA-Feelings was used for the concurrent validity analysis and compared to the Mini-SMD.

A socioeconomic questionnaire designed to obtain gender, age, and educational and socioeconomic level was administered. Socioeconomic level was evaluated by the Brazilian Economic Classification Criteria,³⁴ which uses an operational criterion for classification based on existing products in households. The original five levels were grouped into three categories.

Procedures

All interviewers were previously trained to apply the instruments (three workshops with a total of 6 hours for participants in the first phase, and five workshops with a total of 20 hours for participants in the second phase). In the first phase of the study, 20 medical students administered the Mini-SMD and the COOP/WONCA-Feelings. Each interviewer randomly received a list of addresses that were visited. An electronic version of the Mini-SMD and a socioeconomic datasheet were developed, allowing them to use tablets or smartphones to record the data. The second phase of the study occurred at an average of 3 weeks after the first interview. After scheduling by phone, five mental health professionals (four psychologists and one occupational therapist) returned to the residences of the participants, and once again applied the Mini-SMD and COOP/WONCA-Feelings. They also applied the MINI interview (used as the outcome variable). The mental health professionals and participants did not know the results of the first phase. All participants signed an informed consent form.

Data Analysis

Mental disorders were diagnosed using the normative data of the MINI interview as the reference. Receiver operating characteristic (ROC) curves were generated to evaluate the discriminative validity of the PHQ-2, GAD-2, AUDIT-3, and APSS-3 for screening specific diagnostic categories. The score for each scale was compared with the presence or absence of a specific diagnostic category. The diagnostic categories were: depressive disorders (major depressive disorder and dysthymia) for the PHQ-2; anxiety disorders (social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder) for the GAD-2; abuse or dependence of alcohol for the AUDIT-3; and psychotic disorders for the APSS.

We used the ROC curve to evaluate the discriminative validity of the Mini-SMD as a screen for all mental disorders. The sum of the scores of the six items on the Mini-SMD was compared with the presence or absence of any mental disorder diagnosed by the MINI.

Sensitivity and specificity were calculated based on the best cutoff points for each specific scale and for the total score on the Mini-SMD.

The concurrent validity of the Mini-SMD in relation to COOP/WONCA-Feelings was analyzed by Pearson's correlation analysis.

Test-retest reliability of the Mini-SMD was evaluated by comparing the scores of the first and second applications of the instrument using the intraclass correlation coefficient (ICC). Defined reference values were: small correlation (≤ 0.25), low correlation (0.26-0.49), moderate correlation (0.50-0.69), high correlation (0.70-0.89), and very high correlation (> 0.90).³⁵

Statistical analyses were performed using the SPSS version 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A p -value < 0.05 was considered significant.

Ethical aspects

Study and consent terms were approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Ribeirão Preto Medical School-University of São Paulo (HCFMRP-USP) under process number 151906.

Results

Table 2 shows the characteristics for those subjects who completed both phases of the study:

Participants were predominantly female, middle aged, of high socioeconomic status, and had 9-11 years of education.

Table 2. Socioeconomic characteristics of the sample

Variable	Sample N=230	
	N	%
Gender		
Women	141	61.3
Men	89	38.7
Age		
18-40	68	29.6
41-60	89	38.7
> 60	73	31.7
Socioeconomic level*		
Class A and B	140	60.9
Class C	81	35.2
Class D and E	9	3.9
Educational level**		
Low	58	25.2
Low-average	35	15.2
High-average	101	43.9
High	36	15.7

* Socioeconomic level was set according to the Economic Classification Criterion of Brazil. ** Completed years of education: low (0-4), low-average (5-8), high-average (9-11), high (> 12).

Discriminative Validity

The area under the curve (AUC), the best cutoff score, and sensitivity and specificity of the PHQ-2, GAD-2, AUDIT-3, and APSS-3, are shown in Table 3.

Table 3. Area under the receiver operating characteristic (ROC) curve (95% confidence interval), sensitivity and specificity for best cutoff scores

Screening scales	Diagnostic categories	Area	Cutoff score	Sensitivity	Specificity
PHQ-2	Depressive disorder	0.83 (0.76-0.9)	≥ 2	0.76	0.79
GAD-2	Anxiety disorder	0.79 (0.72-0.86)	≥ 2	0.81	0.67
AUDIT-3	Alcohol abuse or dependence	0.88 (0.74-1.0)	≥ 2	0.88	0.85
APSS-3	Psychotic disorder	0.81 (0.68-0.94)	≥ 1	0.80	0.76

The AUC (~0.8), sensitivity and specificity values of the screening scales for specific diagnostic categories (depression, anxiety, psychotic disorder, and alcohol abuse/dependence) indicate good discrimination.³⁶

Figure 1 shows the ROC curve and sensitivity and specificity for the different total scores on the Mini-SMD. The AUC was 0.84, with a cutoff score of ≥ 4, sensitivity of 0.74 and specificity of 0.76. The cutoff score of ≥ 3 privileges, sensitivity (0.86) with specificity of 0.66 and the cutoff score of ≥ 5 privileges, specificity (0.84) with sensitivity of 0.68.

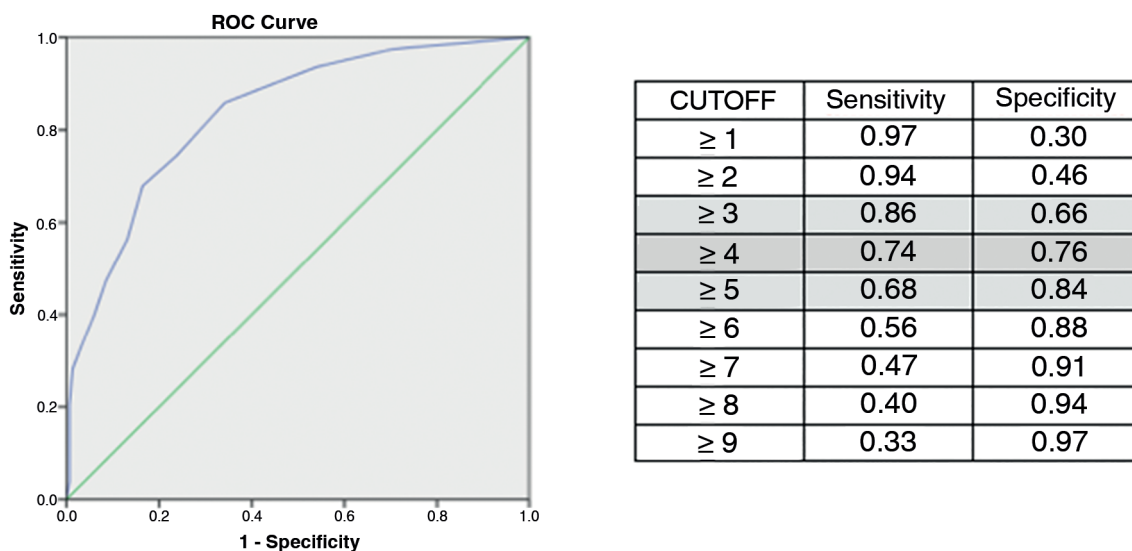


Figure 1. Receiver operating characteristic curve from the Mini-SMD as a general screen for mental disorders.

Concurrent Validity

Pearson’s correlation analysis was used to assess the concurrent validity between the Mini-SMD and COOP/WONCA-Feelings. The value was $r = 0.60$ ($p < 0.01$), indicating satisfactory equivalence in the parameters evaluated between the instruments.

Reliability

The test-retest reliability of the Mini-SMD showed an ICC of 0.78 (95% confidence interval = 0.715-0.831), which was considered high.

Discussion

Summary of the main findings of the study

This study showed that a short compilation of screening tools for specific disorders (Mini-SMD) can screen for MEDs in general.

The specific items on the Mini-SMD were taken from instruments already validated,^{6,9,11,30} one or two items from each instrument that presented good psychometric qualities when compared with the complete instrument; that is, the PHQ-2,³⁷ GAD-2,⁸ AUDIT-3,²⁹ and APSS-3.³⁰ When these same items were compiled into a single assessment tool (Mini-SMD), they remained adequate to screen. The PHQ-2, GAD-2, AUDIT-3, and APSS-3 tracked depression disorders, anxiety disorders, alcohol abuse/dependency, and psychotic disorders, respectively, with sensitivities of 0.76-0.88 and specificities of 0.67-0.85.

In addition, this study confirms the hypothesis that a short compilation of screening tools for specific disorders can identify MEDs in general. The AUC of the total Mini-SMD score suggests adequate discriminative ability to assess multiple MEDs,^{36,38} as it satisfactorily discriminated between the presence or absence of a MED. The cutoff point of 4 suggests a balance between sensitivity (0.74) and specificity (0.76). The cut-off point of 3 favors sensitivity (0.86) and the cut-off point of 5 favors specificity (0.84).

The choice between cutoff points should consider the purpose of the test. Higher sensitivity values indicate a greater power to detect positive cases. This is an important requirement for screening diseases in the PHC population, as it is desirable to detect the largest number of patients possible. Tests with high specificity values indicate a greater ability to detect truly negative cases. They are very useful to reduce the risk of detecting false-positives, at the cost of not detecting some patients. More specific tests prevent over-notification, reducing the need for diagnosis in many cases that would be negative, which could be useful in services with high demand and/or limited resources for diagnostic confirmation.⁵

Comparison with existing literature

By comparing the psychometric qualities of the specific items on the Mini-SMD with the literature, it can be observed that the sensitivity and specificity of the item that evaluated alcohol use/dependence remained similar to the original instrument.²⁹ The Mini-SMD, compiled of items that assess depression, anxiety and psychotic disorders, presented reduced psychometric properties when compared with the validation of the original studies.^{8,27,30} However, they were considered satisfactory, and we must consider that the psychometric qualities of each of these three screening instruments were evaluated in relation to a set of disorders in the present study. For example, the depression item indicates the possibility for major depressive disorder or dysthymia, and the item for anxiety disorders may indicate social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and/or post-traumatic stress disorder. It must be highlighted the ability of the individual Mini-SMD items to assess MEDs.

The total scores on the Mini-SMD as a general screening for MEDs were consistent with those of other studies that analyzed the discriminative validity of screening instruments. A Brazilian validation study of the SRQ-20, WHO-5, and COOP-WONCA showed sensitivity and specificity values slightly higher than those obtained with the Mini-SMD.¹⁴ However, patient characteristics varied between studies, i.e., patients awaiting care at PHC services in the Azevedo-Marques¹⁴ study and a general population sample in the Mini-SMD study. This difference was observed in the sensitivity and specificity values of the COOP-WONCA-Feelings, which was evaluated in the two studies and showed sensitivity of 0.84 and specificity of 0.86 in a previous study and 0.72 and 0.64, respectively, in the present study.

The advantage of the Mini-SMD when compared to the SRQ-20, WHO-5, and COOP/WONCA-Feelings is that the Mini-SMD is not limited to evaluating general welfare.¹⁴ The Mini-SMD is a short compilation of screening tools for specific disorders. Besides screening subjects with a MED, it also suggests one or more probable diagnostic categories. The indication of a specific symptomatology can suggest which disorder the administrator of the diagnostic interview should focus.

Reliability of the total score on the Mini-SMD is indicative of high agreement, according to Domholdt (2000).³⁸ However, this value was lower (0.78) than that of another widely used screening tool, the SRQ-20 (0.93).³⁹ Notably, the same raters applied tests and retests in the SRQ-20 study, which differs from the present study, in which evaluators were different (medical students in phase 1 and mental health professionals in phase 2). This might have mitigated the degree of agreement, although this condition may be closer to clinical practice, as a screening instrument will probably be applied by a variety of PHC professionals (e.g., community health workers and/or nursing technicians). A diagnostic confirmation will likely be made by other health professionals (e.g., family doctors or mental health experts).

Concurrent validity of the Mini-SMD was compared to that of COOP/WONCA-Feelings. The correlation coefficient between the instruments indicated a moderate correlation. This may be justified due to the fact that the two instruments have several specificities (e.g., Mini-SMD tackles symptoms of specific MEDs).

Administering a multiple disorder scale is useful to inform about undetected conditions in scales that evaluate only one symptomatology.³ The advantage of compiling multiple disorders in the Mini-SMD is that it brings together evaluation items that are common in several MEDs (e.g., depression and anxiety).

The Mini-SMD is a short screening measure, easy to apply, and requires little training for the administrators. It shows the characteristics that instruments of triage must offer, including speed, accessibility, good reliability, and ease of administration.^{3,5}

Strengths and limitations of the study

This study had some limitations. First, the screening tool was developed for an adult population (≥ 18 years) and was validated in a particular geographic region with a predominance of high educational and socioeconomic levels, which makes generalization more difficult. The second limitation is that the assessment was restricted to the evaluation of the interviewer. Reliability was measured by different evaluators and could be considered another limitation of the study, as it is necessary to consider questions related to their characteristics. Nevertheless, phase 1 interviewers underwent intense training before data collection and phase 2 interviewers were mental health professionals.

Implications for research in the area and/or the professional practice

In conclusion, the present study suggests that a short compilation of screening tools for specific mental disorders (Mini-SMD) is able to screen for MEDs in general. The Mini-SMD is a tool that potentially contributes to the early diagnosis of MEDs, evaluating the main psychiatric disorders most prevalent in the population. One of its main advantages is the fact that Mini-SMD is a short instrument of easy application. This is an important factor in PHC, in which there is a great demand for cases and where MEDs are often not detected. Thus, diagnostic interviews would only be used in cases with a positive screening. Another advantage of this instrument is the application in scientific research, in order to identify patients in a population with a specific disorder of interest. Nevertheless, more studies are needed to evaluate different populations and its applicability in PHC.

Acknowledgements

Lívia Bolsoni received a masters scholarship from the Foundation of São Paulo (FAPESP). Process number: 2013/20967-3.

Antonio Zuardi received a productivity in research grant from CNPq.

References

1. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):413-26.
2. Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry.* 2007;190:172-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023507>
3. Mulvaney-Day N, Marshall T, Downey Piscopo K, Korsen N, Lynch S, Karnell LH, et al. Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med.* 2017;25:1-12.
4. Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(3):304-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.01.003>
5. Kagee A, Tsai AC, Lund C, Tomlinson M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health.* 2013;5(1):11-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/inthealth/ihs004>
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 2001;16:606-13.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA.* 1999;282(18):1737-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
10. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002 Feb;26(2):272-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>
11. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *J Bras Psiquiatr.* 1997;46:589-93.
12. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986 Jan;148:23-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>

13. World Health Organization. Wellbeing measures in primary health care/The DepCare project. Stockholm: WHO; 1998.
14. de Azevedo-Marques JM, Zuardi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):359-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1267>
15. Bolsoni LM, Zuardi AW. Psychometric studies of brief screening tools for multiple mental disorders. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):63-69.
16. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959-76.
17. Barczak DS. Validade de escala de rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
18. Andreoli SB. Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
19. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Nov;37(11):1229-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>
20. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743-800.
21. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e65514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0065514>
22. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
23. Barbor TF. Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. 2010; 2nd ed.
24. Silva, RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. 2006;17(4):263-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
25. Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(8):859-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.12.009>
26. Margoto PR. Curva ROC: como fazer e interpretar no SPSS [Internet]. Brasília: 2010 [cited 2015 Jun 3]. Available from: http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf
27. Osorio FL, Carvalho AC, Fracalossi TA, Crippa JAS, Loureiro ESR. Are two items sufficient to screen for depression within the hospital context? *Int J Psychiatry Med*. 2012;44(2):141-48.
28. Sousa TV, Viveiros V, Chai MV, Vicente FL, Jesus G, Carnot MJ, et al. Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
29. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Azevedo Marques JM, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(8):1417-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01225.x>
30. Kelleher I, Harley M, Murtagh A, Cannon M. Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophr Bull*. 2011;37(2):362-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp057>
31. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 (Suppl 20):22-33.

32. de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):303-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001>
33. van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten FWMM, van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Measuring Functional Health Status With the COOP/WONCA Charts. A Manual. Groningen, The Netherlands: WONCA, ERGHO, and NCH-University of Groningen; 1995.
34. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação socioeconômica Brasil. Versão 8. São Paulo; 2012.
35. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc. 1981; p. 212-36.
36. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*. 1982;143(1):29-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063747>
37. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med. Care*. 2003;41:1284-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
38. Domholdt E. Physical Therapy Research: Principles and Applications. 4th ed. Saunders; 2000.
39. Chen S, Zhao G, Li L, Wang Y, Chiu H, Caine E. Psychometric properties of the Chinese version of the self-reporting questionnaire 20 (SRQ-20) in community settings. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2009;55(6):538-47.

Appendix A - Validated instrument

[Click here](#) to download the instrument (Brazilian Portuguese).

Reliability and validity of ICPC-2-R encoding by medical students

Confiabilidade e validade da codificação CIAP-2 por estudantes de medicina

Confiabilidad y validez de la codificación CIAP-2 por estudiantes de medicina

Leonardo Ferreira Fontenelle
Álvaro Damiani Zamprogno
André Filipe Lucchi Rodrigues
Lorena Camillato Sirtoli
Natália Josiele Cerqueira Checon
Marcelo Santana Vetis
Diego José Brandão

Abstract

Objective: To estimate how reliably and validly can medical students encode reasons for encounter and diagnoses using the International Classification of Primary Care, revised 2nd edition (ICPC-2-R). **Methods:** For every encounter they supervised during an entire semester, three family and community physician teachers entered the reasons for encounter and diagnoses in free text into a form. Two of four medical students and one teacher encoded each reason for encounter or diagnosis using the ICPC-2-R. In the beginning of the study, two three-hour workshops were held, until the teachers were confident the students were ready for the encoding. After all the reasons for encounter and the diagnoses had been independently encoded, the seven encoders resolved the definitive codes by consensus. We defined reliability as agreement between students and validity as their agreement with the definitive codes, and used Gwet's AC_1 to estimate this agreement. **Results:** After exclusion of encounters encoded before the last workshop, the sample consisted of 149 consecutive encounters, comprising 262 reasons for encounter and 226 diagnoses. The encoding had moderate to substantial reliability (AC_1 , 0.805; 95% CI, 0.767–0.843) and substantial validity (AC_1 , 0.864; 95% CI, 0.833–0.891). **Conclusion:** Medical students can encode reasons for encounter and diagnoses with the ICPC-2-R if they are adequately trained.

Universidade Vila Velha (UVV).
Vila Velha, ES, Brasil.
leonardof@leonardof.med.br
(Corresponding author);
alvarodamiani@hotmail.com;
andreflucchi@gmail.com;
lorenacamillatosirtoli@gmail.com;
nati_checon@hotmail.com;
marcelo.vetis@gmail.com;
diegojbrandao@yahoo.com.br

Keywords: Primary Health Care/classification; Observer Variation; Reproducibility of Results; Education, Medical, Undergraduate; Clinical Clerkship

Cite as: Fontenelle LF, Zamprogno AD, Rodrigues AFL, Sirtoli LC, Checon NJC, Vetis MS, et al. Reliability and validity of ICPC-2-R encoding by medical students. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-6. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1655](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1655)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

1.688.334 (ES/UVV), approved on 07/28/2016

Conflict of interest:

none declared.

Provenance and peer review:

peer reviewed.

Received: 14/11/2017.

Accepted: 20/04/2018.

Resumo

Objetivo: Estimar a confiabilidade e a validade da codificação de motivos de consulta e problemas por estudantes utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). **Métodos:** Para cada encontro supervisionado durante todo um semestre, três professores médicos de família e comunidade registraram os motivos de consulta e problemas em um questionário usando texto livre. Dois de quatro estudantes de medicina e um professor codificaram cada motivo de consulta ou problema usando a CIAP-2. No começo do estudo, houve duas seções de padronização com três horas de duração, até os professores julgarem que os estudantes estavam prontos para a codificação. Após todos os motivos de consulta e problemas terem sido codificados independentemente, os sete codificadores resolveram os códigos definitivos por consenso. Definiu-se confiabilidade como concordância entre estudantes, e validade como a concordância destes com os códigos definitivos; essa concordância foi estimada com o AC_1 de Gwet. **Resultados:** Após a exclusão dos encontros codificados antes da última sessão de padronização, a amostra consistiu em 149 encontros consecutivos, somando 262 motivos de consulta e 226 problemas. A codificação teve confiabilidade moderada a substancial (AC_1 0,805; IC 95% 0,767–0,843) e validade substancial (AC_1 0,864; IC 95% 0,833–0,891). **Conclusão:** Estudantes de medicina podem codificar motivos de consulta e problemas com a CIAP-2 se forem adequadamente treinados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde/classificação; Variações Dependentes do Observador; Reprodutibilidade dos Testes; Educação de Graduação em Medicina; Estágio Clínico

Resumen

Objetivo: Estimar la confiabilidad y la validez de la codificación de motivos de consulta y problemas de salud por estudiantes utilizando la Clasificación Internacional de Atención Primaria, 2ª edición (CIAP-2). **Métodos:** Para cada encuentro supervisado durante todo un semestre, tres profesores médicos de familia y comunidad registraron los motivos de consulta y los problemas de salud en un formulario usando texto libre. Dos de cuatro estudiantes de medicina y un profesor codificaron cada motivo de consulta o problema de salud utilizando la CIAP-2. En el comienzo del estudio, se llevaron a cabo dos sesiones de estandarización de tres horas, hasta que los profesores estuvieron seguros de que los estudiantes estaban listos para la codificación. Después de que todos los motivos de consulta y problemas de salud fueran codificados independientemente, los siete codificadores resolvieron los códigos definitivos por consenso. Se definió confiabilidad como concordancia entre los estudiantes y validez como la concordancia de éstos con los códigos definitivos; se estimó esta concordancia con el AC_1 de Gwet. **Resultados:** Después de la exclusión de los encuentros codificados antes de la última sesión de estandarización, la muestra consistió en 149 encuentros consecutivos, que comprendían 262 motivos de consulta y 226 problemas de salud. La codificación tuvo una confiabilidad moderada a sustancial (AC_1 0,805; IC 95% 0,767–0,843) y validez sustancial (AC_1 0,864; IC 95% 0,833–0,891). **Conclusión:** Los estudiantes de medicina pueden codificar los motivos de consulta y los problemas de salud con la CIAP-2 si fueran adecuadamente capacitados.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud/classificación; Variaciones Dependientes del Observador; Reproducibilidad de Resultados; Educación de Pregrado en Medicina; Prácticas Clínicas

Introduction

A member of the World Health Organization's family of international classifications, the International Classification for Primary Care (ICPC) was designed to address the needs of family practice. Its rubrics were chosen to include only common reasons for encounter and diagnoses, occurring at least once per thousand patients-year. Furthermore, it allows for the description of morbidity in terms of episodes of care, as well as in terms of encounters.^{1,2}

The ICPC is a biaxial classification system, with rubrics consisting of a one-letter code for the chapter followed by a two-digit numeric code which is part of a component. The chapters indicate the localization in a body system or as general, psychological or social, and the components indicate the code as a symptom or complaint (component 1), procedure (components 2-6) or diagnosis (component 7). While localization takes precedence over etiology in the chapters, the diagnosis component has etiological sub-components: infection, neoplasm, injury, congenital and other diagnoses.^{2,3}

Although the reproducibility of ICPC encoding by medical doctors has been studied,³⁻⁸ less is known about the reliability of the encoding by medical students. Medical students might need to use the ICPC

during their clinical clerkship or internship in primary care, either to quantitatively report their activity to the medical school or to comply with the service routines (e. g. because of adoption in Brazil's public health system).⁹

Our objective was to estimate how reliably and validly can medical students encode reasons for encounter and diagnoses using the revised 2nd edition of the ICPC (ICPC-2-R).

Methods

The Vila Velha University (*Universidade Vila Velha* – UVV) Medical School is located in Vila Velha, one of the main municipalities of the Espírito Santo state, in Brazil. Following a guideline from the Brazilian Society of Family and Community Physicians (*Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* – SBMFC) and the Brazilian Association for Medical Education (*Associação Brasileira de Educação Médica* – ABEM),¹⁰ UVV medical students participate in a Learning, Services and Community Interaction Program (*Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade* – PISEC) during the four years before internship (which comprises the latter two years). The PISEC consists of practical activities in a primary care setting, beginning with an emphasis on territory and community in the two first years (PISEC 1 through 4) and focusing on family and clinical aspects of health in the next two years (PISEC 5 through 8).

The students are split in groups of approximately ten, each undertaking their activities in a different primary care center (*unidade básica de saúde* – UBS) under the supervision of a different teacher. In the next calendar semester, both the groups and their teachers stay in the same UBS, but every other semester the groups change teachers. While in PISEC 1 through 4 the teachers are mostly other health professionals, in PISEC 5 through 8 the teachers are primary care physicians.¹¹

Three family and community physicians (LFF, MSV, DJB) are the teachers in a specific UBS for PISEC 5 through 8. During the second semester of 2016, every time a student discussed a consultation in this UBS with one of these teachers, the teacher recorded the reasons for encounter and diagnoses in free text into a form adapted from Gusso & Benseñor.¹² The form includes fields for age and gender, but does not identify the patient in any way. Thus, the data were analyzed per encounter, not per episode of care.

Two of four sixth-semester UVV medical students (ADZ, AFLR, LCS, NJCC) and one of the three teachers independently encoded each reason for encounter or diagnosis, using the Brazilian translation of the ICPC-2-R as the reference.² After data started being collected and encoded, the seven authors started holding three-hour workshops to compare their work. There were two workshops, after which the authors felt the four medical students were ready. After all data had been collected and encoded, definitive codes were decided by discussion among all seven authors. In this article, we analyze only the encoding done after the last workshop.

We defined reliability as the agreement between students, and validity as the agreement of students with the definitive codes. After describing them with percent observed agreement, we estimated reliability and validity using Gwet's first-order agreement coefficient (AC_1).¹³ Compared to Cohen's κ , Gwet's AC_1 also ranges from -1 to +1, but is more resistant to known "paradoxes".^{13,14} After estimating reliability and validity for reasons for encounter and for diagnoses separately, we combined them with inverse variance weighting into a single estimate for reliability and another single estimate for validity.

We expressed uncertainty around the estimates with bootstrap confidence intervals (CI) set with the bias-corrected and accelerated method (BC_a),¹⁵ with 10,000 replicates. These replicates were obtained by resampling with replacement from the encounters (stratified by course semester), instead of from the reasons for encounter or diagnoses, to accommodate correlation of codes within encounters.

We analyzed the data using the R language and environment for statistical computing, version 3.4, with a custom script which provided AC_1 estimates numerically identical to the original implementation (but more quickly, mostly because it didn't calculate the variance).

The Human Research Ethics Committee of UVV approved the study (CAAE 57586516.9.0000.5064), and deemed written consent (by patients or students) unnecessary, because teachers collected only data that was routinely received, and the collected data was completely anonymous.

Results

During the study period there were 226 encounters for PISEC 5 through 8 in the specific UBS. After discarding the 77 encounters encoded before the last workshop, the sample consisted of 149 encounters, which comprised 262 reasons for encounter and 226 diagnoses. Median age was 31 years (range, 0–96), and 109 (73.2%) patients were female.

Students agreed among themselves in 78.6% of the reasons for encounter and 82.7% of the diagnoses, at the rubric level (Table 1). The corresponding chance-corrected coefficients were 0.785 (95% CI, 0.735–0.831) and 0.826 (95% CI, 0.775–0.871), with an overall reliability coefficient of 0.805 (95% CI, 0.767–0.843).

Table 1. Reliability of the ICPC-2-R encoding by medical students.

	Rubrics			Chapters		
	p_o	AC_1	95% CI	p_o	AC_1	95% CI
Reason for encounter	78.6%	0.785	0.735–0.831	93.1%	0.927	0.891–0.955
Diagnosis	82.7%	0.826	0.775–0.871	92.5%	0.920	0.878–0.951
Overall	80.6%	0.805	0.767–0.843	92.8%	0.924	0.894–0.948

AC_1 , Gwet's first order agreement coefficient. ICPC-2-R, International Classification for Primary Care, revised 2nd edition. p_o , proportion of observed agreement.

Students agreed with the definitive code in 83.1% of the reasons for encounter and 89.3% of the diagnoses, at the rubric level (Table 2). The corresponding chance-corrected coefficients were 0.828 (95% CI, 0.786–0.866) and 0.892 (95% CI, 0.856–0.922), with an overall validity coefficient of 0.864 (95% CI, 0.833–0.891).

Table 2. Validity of the ICPC-2-R encoding by medical students.

	Rubrics			Chapters		
	p_o	AC_1	95% CI	p_o	AC_1	95% CI
Reason for encounter	83.1%	0.828	0.786–0.866	93.9%	0.935	0.905–0.958
Diagnosis	89.3%	0.892	0.856–0.922	95.2%	0.949	0.921–0.969
Overall	86.6%	0.864	0.833–0.891	94.4%	0.940	0.915–0.959

AC_1 , Gwet's first order agreement coefficient. ICPC-2-R, International Classification for Primary Care, revised 2nd edition. p_o , proportion of observed agreement.

Discussion

Main findings

In Shrout's classification of agreement coefficients,¹⁶ medical students can use the ICPC-2-R to encode reasons for encounter and diagnoses with substantial validity and moderate to substantial reliability. Both the reliability and the validity seemed to be moderately higher for the encoding of diagnoses than for the encoding of reasons for encounter. Obviously, the reliability and validity of the encoding at the chapter level were higher than at the rubric level.

Strengths and limitations

In this study, the standards for reliability and validity were relatively high: instead of a pair of student encoders, there were different six pairs among four student encoders; and agreement with the teacher was not always enough for the encoding to be considered valid. Furthermore, the sample size allowed for reasonably precise estimates, although not for subgroup analysis. Finally, using the block bootstrap resulted in theoretically more correct confidence intervals than the usual normal distribution-based confidence intervals.

Because the data were collected in a paper form, they were analyzed per encounter, instead of per episode of care. This was not a major issue, however, because this study didn't evaluate the correlation between reasons for encounter and diagnoses. In fact, collecting the data per encounter – anonymously – allowed the study to waive patient consent, thus eliminating losses by refusal and enhancing the generalizability of the findings.

As another potential limitation, the AC_1 confidence intervals don't technically generalize to encoders others than those participating in this study. However, we believe encoder training and previous abstraction of reasons for encounter and diagnoses are much more material to the generalization of our results than the potential difference in the width of the confidence intervals.

Comparison with the scientific literature

The reliability in this study was higher than or as high as that found in previous studies,^{4,6,8} although one should keep in mind that students in this study were encoding data which had been abstracted specifically for this purpose, instead of abstracting data themselves.

As far as we know, this is the first study claiming to assess the validity of the ICPC-2-R encoding. There are, however, at least two studies comparing encoders with different levels of experience or information.^{5,7} Again, the validity of the encoding in this study was higher than or as high as that found in those studies, partly because the students in this study were encoding previously abstracted data.

Implications for research and/or practice

If medical students receive adequate training, the health services where they are trained can trust them to use the ICPC-2-R to encode reasons for encounter and diagnoses reliably and validly. Likewise, teachers can rely on them to quantify their encounters using the ICPC-2 for educational reasons, and if they participate in research teams in clinical epidemiology the encoding can be delegated to them.

As a side note, in this study Gwet's AC_1 was very similar to the proportion of observed agreement (that is, without correction for chance agreement; see Tables 1 and 2), as well as Cohen's κ (data not shown). Because encoding with the ICPC-2-R means choosing among hundreds of different rubrics, chance agreement is negligible and thus there should be little difference between using Gwet's AC_1 , Cohen's κ or even the proportion of observed agreement to assess reliability or validity of the ICPC-2-R encoding.

References

1. Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract.* 2008;25(4):312-7. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn028>
2. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
3. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract.* 1992;9(3):330-9. <https://doi.org/10.1093/fampra/9.3.330>
4. Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care.* 1998;16(1):50-5. <https://doi.org/10.1080/028134398750003412>
5. Letriliart L, Guiguet M, Flahault A. Reliability of report coding of hospital referrals in primary care versus practice-based coding. *Eur J Epidemiol.* 2000;16(7):653-9. <https://doi.org/10.1023/A:1007609718223>
6. Sampaio MM, Coeli CM, Miranda NN, Faerstein E, Werneck GL, Chor D, et al. Interobserver reliability of the International Classification of Primary Care. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(3):536-41. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000013>
7. Sampaio MMA, Coeli CM, Alves MG, Soares MF, de Camargo KR Jr, Moreno AB. Confiabilidade interobservador da classificação internacional de atenção primária em uma unidade de atenção básica à saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):355-62. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200013>
8. Frese T, Herrmann K, Bungert-Kahl P, Sandholzer H. Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13621. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13621>
9. Basílio N, Ramos C, Figueira S, Pinto D. Worldwide Usage of International Classification of Primary Care. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1225](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1225)
10. Demarzo MMP, Almeida RCC de, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2011;6(19):145-50. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)116](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)116)
11. Dalla MDB, de Moura GAG, Bergamaschi MS. Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina da Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(34):1-6. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)647](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)647)
12. Gusso GDF, Benseñor IM. A methodological proposal to research patients' demands and pre-test probabilities using paper forms in primary care settings. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(27):97-105. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)692](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)692)
13. Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *Br J Math Stat Psychol.* 2008;61(1):29-48. <https://doi.org/10.1348/000711006X126600>
14. Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low Kappa: I. The problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(6):543-9. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90158-L](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90158-L)
15. Efron B. Better Bootstrap Confidence Intervals. *J Am Stat Assoc.* 1987;82(397):171-85. <https://doi.org/10.1080/01621459.1987.10478410>
16. Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Stat Methods Med Res.* 1998;7(3):301-17. <https://doi.org/10.1177/096228029800700306>

Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade

Health of the Black Population: perception of residents and preceptors of Family Health and Family and Community Medicine

Salud de la Población Negra: percepción de residentes y preceptores de Salud de la Familia y Medicina de Familia y Comunidad

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos^a
Francis Solange Vieira Tourinho^b

^a Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC (PMF). Florianópolis, SC, Brasil.
camilacarvalhoamorim@gmail.com
(Autor correspondente)

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.
francistourinho@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento de profissionais envolvidos nos programas de residência em Saúde da Família de Florianópolis, SC, Brasil, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). **Métodos:** Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, com dados primários coletados por meio de questionário. **Resultados:** Observa-se que a maioria desses profissionais sabe da existência da PNSIPN e a considera importante, mas nunca a leu. Observa-se também a percepção de que políticas afirmativas tendem a reforçar a discriminação, mesmo quando todos os respondentes acreditam existir racismo no Brasil. A maioria dos residentes disse não conhecer o conceito de racismo institucional. **Conclusão:** A Residência revelou-se um processo formativo falho neste tema.

Palavras-chave: Saúde da População Negra; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge about the professionals involved in the National Policy on Black Population Integral Health (PNSIPN) of the Family Health residence programs of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Methods:** It is a quantitative, descriptive research with primary data collected through a questionnaire. **Results:** It is observed that the majority of these professionals know the PNSIPN and considers it important, but never read it. It is also observed the perception that affirmative policies tend to reinforce discrimination, even when all the interviewees believe there is racism in Brazil. Most residents said they did not know the concept of institutional racism. **Conclusion:** Residence proved to be a failed formative process in this theme.

Keywords: Health of Ethnic Groups; Health Policy; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Human Resource Training

Como citar: Matos CC, Tourinho FS. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 06/03/2018.
Aprovado em: 15/05/2018.

Resumen

Objetivo: Evaluar el conocimiento de profesionales de los programas de residencia em Salud de la Familia del municipio de Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, sobre la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN). **Métodos:** Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, con datos primarios recogidos a través de un cuestionario. **Resultados:** Se observa que la mayoría de estos profesionales sabe de la existencia de la PNSIPN y la considera importante, pero nunca la ha leído. Se observa también la percepción de que políticas afirmativas tienden a reforzar la discriminación, aun cuando todos los encuestados creen existir racismo en Brasil. La mayoría de los residentes dijo no conocer el concepto de racismo institucional. **Conclusión:** La residencia se revelo un proceso formativo imperfecto en este tema.

Palabras clave: Salud de las Minorías Étnicas; Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Capacitación de Recursos Humanos en Salud

Introdução

Os programas de residência são pós-graduações *lato sensu* que visam aprimorar profissionais já formados em determinada área específica. Dividem-se em residência médica –destinada a profissionais médicos– e multiprofissional –destinada a todas as categorias profissionais da saúde, excetuando-se a médica. Assim, os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e em Saúde da Família visam formar profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS), comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e adequados às realidades locais.¹

A Atenção Primária à Saúde se caracteriza pela vinculação com a comunidade e, conseqüentemente, com as diversidades. A dificuldade em lidar com a pluralidade do território compromete a atenção prestada àquela população. Portanto, a APS deve sempre considerar o indivíduo em sua singularidade e dentro do seu contexto sociocultural.^{2,3}

Sabe-se que a maioria da população brasileira declara-se preta ou parda, ou seja, negra.⁴ Sabe-se, ainda, que a população negra é SUS-dependente: estudos revelam que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras.⁵

Além disso, é conhecido que grupos raciais diferentes possuem experiências de saúde e doença também diferentes,⁶ além das características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, que também refletem na saúde desses grupos.^{7,8}

Diversas peculiaridades são conhecidas e atestadas por pesquisas científicas: as prevalências de doenças crônicas, de casos de violência, de mortalidade materna e infantil e de mortalidade por certas doenças negligenciadas são conhecidamente maiores na população negra.⁹ Não apenas isso: até mesmo a expectativa de vida das mulheres negras é menor que das mulheres brancas.¹⁰ Como colocado por Batista et al.,¹¹ “a morte negra é uma vida desfeita, e não um fim de vida”.

A equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde brasileiro, baseia-se em um princípio de “justiça redistributiva”, que, em síntese, significa não fornecer serviços iguais para grupos populacionais diferentes e sim reparar situações de desigualdade por meio da oferta adequada de serviços e condições de vida e saúde.¹²

Assim, em 2006 o Ministério da Saúde reconhece o conceito de racismo institucional.¹³ Em 2009 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cuja marca é “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção de equidade em saúde”.⁹ A instituição dessa Política é o marco de uma longa caminhada, na qual os movimentos sociais foram fundamentais.^{14,15}

Sendo a Atenção Primária à Saúde conhecida por seu papel coordenador do cuidado e responsável pela integralidade e longitudinalidade na saúde da população,¹⁶ é também –e principalmente– neste nível de atenção que as políticas públicas são colocadas em prática. Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população têm grande responsabilidade, pois lidam diretamente com os sujeitos vítimas dos processos discriminatórios.^{3,17,18}

Um estudo de 2017 demonstra associação entre a expansão do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil e a redução de iniquidades raciais em saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade por causas evitáveis entre a população negra em comparação à branca.¹⁹

Sendo assim, conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é essencial para qualquer profissional da saúde, especialmente para os profissionais da APS. Trata-se de uma política recente, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, através da portaria 992, de maio de 2009.²⁰ É um desafio sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua importância, tendo em vista que muitos nem sequer a conhecem ainda.²¹

O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento de profissionais envolvidos nos programas de residência em Saúde da Família do município de Florianópolis sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando a importância desta temática e o caráter formativo que os programas de residência devem ter.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, com dados primários coletados por meio de questionário autoaplicável criado com a ferramenta *Google Forms*[®], que possibilita criação de formulários *online*. O questionário constava de 15 perguntas, sendo 4 perguntas relativas ao perfil dos respondentes (idade, cor etc.), 5 perguntas relativas ao conhecimento e opinião dos profissionais sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e 6 perguntas relativas às percepções do respondente sobre o racismo e seus impactos na saúde e nos serviços prestados. O *link* para acessar o questionário foi enviado aos grupos de e-mail dos programas de residência e dos residentes.

Período e local de estudo

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, e os dados coletados entre os meses de setembro e novembro do ano de 2017.

População de estudo

Foram incluídos todos residentes de todas as categorias profissionais dos três programas de residência em MFC/Saúde da Família atuantes no município: 1) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF); 2) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da PMF; 3) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além destes, também foram incluídos todos os preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da PMF.

Não foram incluídos na população de estudo os preceptores de ambos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família devido à impossibilidade de obter seus endereços de e-mail.

Após a aplicação dos questionários e coleta dos dados, foram excluídos da população de estudo os residentes do programa da UFSC devido à não obtenção de respostas suficientes, inviabilizando o uso devido à não significância estatística.

Processamento de dados e análise estatística

As respostas ao questionário pela ferramenta *Google Forms*[®] foram automaticamente enviadas para uma planilha do *software Microsoft Excel*[®], mesmo *software* que foi utilizado para fins de análise estatística. A análise foi realizada mediante estatística descritiva (frequências absoluta e relativa).

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos (parecer nº 2.270.572), conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Os participantes desta pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto à importância deste estudo e seus possíveis riscos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado via correio eletrônico, junto ao questionário. Todos os participantes que responderam ao questionário confirmaram terem lido previamente o TCLE e autorizaram o uso dos dados para esta pesquisa.

Resultados

Dos 147 indivíduos para os quais o questionário foi enviado (119 residentes e 28 preceptores), 115 o responderam, acima do necessário para alcançar Intervalo de Confiança de 95% e erro amostral de 5%. Destes 115 respondedores, 93 eram residentes (de todas as categorias profissionais) e 22 eram preceptores do programa de residência médica.

Quanto ao sexo, 86 (74,78%) eram do sexo feminino e 29 (25,22%) do sexo masculino. A idade média foi de $29,90 \pm 7,15$ anos. A maioria dos indivíduos era branca (82,61%), enquanto 16,52% se autodeclararam negros (pretos ou pardos). Uma pessoa (0,87%) se declarou amarela. Os dados revelam, assim, o perfil dos profissionais envolvidos nos programas de residência estudados: mulheres brancas e jovens.

Quando questionados sobre a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), 75,65% alegou saber que a política existe. A proporção foi maior para os preceptores (95,5%) do que para os residentes (71%).

A maioria dos respondentes referiu ter conhecido a PNSIPN durante o período em que estava na residência, porém em uma atividade não relacionada a ela (35,65%), enquanto apenas sete pessoas a conheceram na residência (6,09%).

Mesmo uma maioria referindo conhecer a Política em questão, apenas 19 respondentes (16,52%) afirmam tê-la lido. Dentre os residentes, 86% nunca a leram e, dentre os preceptores, 72,7% também não. A maioria dos respondentes diz nunca ter utilizado, de alguma forma, na sua prática profissional a PNSIPN (85,22%).

A grande maioria dos respondentes diz considerar a PNSIPN necessária (94,78%). Dentre as seis pessoas (5,22%) que não a consideraram necessária, nenhuma é negra.

A maioria também considera a PNSIPN importante para se atingir a equidade no Sistema Único de Saúde (82,61%); os outros 16,52% dizem que a consideraram importante, porém acreditam que políticas como essa tendem a reforçar a discriminação racial, sendo 4,5% dos preceptores e 19,3% dos residentes. Um residente (0,87%) e nenhum preceptor respondeu que não considera esta Política importante. Todos os 17,39% dos respondentes que acreditam que a Política reforce a discriminação racial ou que não a consideraram importante são brancos.

Quando questionados sobre o conceito de 'racismo institucional', a maioria dos preceptores alegou conhecê-lo (72,7%), enquanto apenas a minoria dos residentes alegou conhecê-lo (40,9%).

Praticamente todos os respondentes (99,13%) disseram acreditar que existam diferenças significativas entre os grupos raciais no âmbito da saúde (agravos, causas de mortalidade etc). Porém, destaca-se que um respondente (residente) respondeu "não" a essa questão.

Todos os respondentes, preceptores e residentes acreditam que exista racismo no Brasil. A grande maioria deles acredita que o racismo influencie na saúde das pessoas (98,26%).

Ainda assim, 28,7% dos respondentes não acha que exista diferenças no tratamento dos usuários/pacientes devido a sua raça/cor, por parte dos profissionais de saúde. Todos os preceptores que acham que essas diferenças não existem são brancos, acreditam que existe racismo no Brasil e que o racismo influencia na saúde das pessoas. Dentre os residentes que acreditam que essas diferenças não existem, 22,2% são negros e acham que existe racismo no Brasil.

Discussão

Resumo dos principais achados

O perfil de profissionais encontrado foi: maioria feminina, branca e jovem. A maioria dos respondentes referiu saber que PNSIPN existe e a conheceu fora da residência, porém apenas 16,52% refere tê-la lido.

A maioria dos respondentes considera a Política necessária e importante para se atingir a equidade em saúde, porém 16,52% acredita que políticas como esta tendem a reforçar a discriminação racial e um residente (0,87%) não a considera importante.

A maioria dos preceptores e a minoria dos residentes refere conhecer o conceito de racismo institucional.

Todos os respondentes acreditam haver racismo no Brasil e a grande maioria acredita que o racismo influencie na saúde das pessoas. Quase todos acreditam que existam diferenças significativas entre grupos raciais distintos no âmbito da saúde. Porém, mesmo assim, 28,7% não acha que existam diferenças no tratamento dos usuários/pacientes devido a sua raça/cor, por parte dos profissionais de saúde.

Comparação com a literatura já existente

É importante e necessário que a temática racial em saúde seja mais difundida entre os profissionais.⁷ Em um trabalho desenvolvido com gestores municipais do SUS, uma das dificuldades levantadas por eles para a implantação da PNSIPN foi a falta de conhecimento sobre a Política ou sua importância por parte dos profissionais de saúde, resultando, assim, em pouco apoio.²²

A educação é essencial para o desenvolvimento e construção sociais, por meio da formação de profissionais qualificados e adequados às necessidades da sociedade, bem como capazes de refletir criticamente sobre seu trabalho.^{23,24} A educação em saúde, focada em um formato “hospitalocêntrico” e não subjetivo, não condiz com os princípios e diretrizes previstos pelo SUS.^{21,25-27}

Neste trabalho, encontrou-se que apenas 6,09% dos respondentes conheceu a PNSIPN em uma atividade da residência. As residências em Saúde da Família, que visam formar profissionais para a APS, devem investir na formação de profissionais críticos e atuadores na realidade social.

Assim, o processo de formação de recursos humanos em saúde deve ter como pilares fundamentais: (1) o pensamento crítico e produtivo, (2) o ensino em consonância com o serviço, (3) a conscientização do aluno frente à realidade da população, (4) a autonomia individual e coletiva, e (5) o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional atue como sujeito transformador da realidade.²⁸ (p. 283)

Considerando que a grande maioria dos respondentes nunca leu a Política em questão, pode-se pressupor que já tenham, sim, utilizado alguma das diretrizes desta Política em sua prática, porém não consigam identificar pois a desconhecem. Em estudo qualitativo realizado com gestores municipais sobre a PNSIPN, a minoria deles afirmou estar implantando essa política em seu município, porém a maioria citou estar aplicando ações previstas na Política, levando a pensar que o desconhecimento os faz negar estar implantando.²²

Neste trabalho, uma parte dos respondentes referiu acreditar que políticas como a PNSIPN tendem a reforçar a discriminação racial, e esse achado coincide com outros trabalhos. Em uma pesquisa realizada com usuários do SUS negros e negras, a maioria também confirma a importância dessas políticas (60,9%), mas 52,7% declararam que as mesmas tendem a reforçar a discriminação racial.²⁹

A PNSIPN é considerada uma política afirmativa, uma vez que objetiva reparar iniquidades históricas e atuais.³⁰ Hannah Arendt (1998 *apud* Rinehart 2013, p. 27) disserta sobre a incapacidade política de responder à diversidade e pluralidade dos homens, afirmando que a política organiza essas diversidades de acordo com uma igualdade relativa.²²

Há pesquisadores que veem as ações afirmativas como de cunho pedagógico, pois promovem reflexão, debate e, conseqüentemente, transformações culturais e sociais.³¹ As políticas de saúde funcionam, ainda, como definidoras do modelo de sociedade que se deseja. Assim, a PNSIPN tem um caráter civilizatório: defende um modelo de sociedade sem racismo.²²

O discurso de que políticas reparadoras constituem-se em privilégio para a população favorecida por elas aparece em alguns trabalhos, bem como a idéia de que essas políticas possam reforçar a discriminação. Essas ideias reproduzem os processos discriminatórios através de discursos que pregam a justiça e a igualdade, porém se opõem às políticas que visam atingir de fato esses fins.²³ A PNSIPN é descrita em outros trabalhos por profissionais da APS como concessão de privilégio ou “racismo ao contrário”,² alegando o discurso de “igualdade”.³² Percebe-se que esses profissionais não conseguem observar a dimensão de justiça distributiva presente nestas políticas, em que a igualdade formal “para todos” cede lugar às particularidades de cada grupo visando atingir a justiça social.³³

O conceito de racismo institucional, desconhecido para a maioria dos residentes que responderam a esta pesquisa, também ainda é pouco difundido e conhecido dentre os profissionais de saúde em geral. Em um trabalho desenvolvido com psicólogos de serviços hospitalares públicos, nenhum dos profissionais entrevistados conseguiu definir o que seria o racismo institucional.¹⁷

O racismo institucional vai além das relações interpessoais: está difuso institucionalmente, na organização e funcionamento das instituições. Esse processo foi legitimado pelo Estado, o que justifica também a necessidade de políticas que reparem as iniquidades consequentes a ele.³⁴

Além disso, a pouca adesão dos municípios à PNSIPN também reflete essa estrutura opressora e reprodutora do racismo, afinal de contas instituir uma política pública e não implantá-la consiste em um grave problema de gestão. Utilizando a metáfora feita por da Cruz,³⁵ é como se um profissional da saúde fizesse um diagnóstico, definisse o tratamento e não o executasse, o que incorre em falta ética.

O processo saúde-doença da população negra é determinado, além das questões biológicas e genéticas envolvidas, pela falsa democracia racial que se acredita viver no Brasil, mito este que invisibiliza o racismo.^{36,37} O racismo, enraizado na cultura brasileira, leva a diversas restrições materiais, espaciais e sociais.³⁸ Como consequência, não apenas o acesso aos serviços de saúde é dificultado, como também a qualidade do serviço prestado.⁶ Esse é um dos motivos pelos quais os fatores socioeconômicos sozinhos não explicam toda a situação de desvantagem em saúde da população negra, apesar de serem importantes na relação raça/cor e saúde.³⁹

Diversos estudos nacionais e internacionais já apontaram que a discriminação cria limitações na vida dos indivíduos, podendo, por si só, desencadear problemas de saúde e impactar nos sentidos de integridade e autoimagem, funcionando como um importante fator estressor.⁴⁰⁻⁴³ Assim, a exposição ao racismo também é um fator que determina a saúde e o bem-estar –ou a ausência deles.^{44,45}

Na tentativa de delinear um modelo compreensivo de como o racismo afeta a saúde, [...] o racismo impacta em seis dimensões: 1) Acentua a escassez de recursos econômicos e sociais; 2) Causa maior exposição a fatores nocivos e tóxicos, como, por exemplo, empregos de menor qualificação e maior risco; 3) É facilitador de conjecturas sociais que provocam danos à saúde; 4) Provê inadequados cuidados e acesso à saúde; 5) Potencializa a ocorrência de experiências agressoras motivadas pela discriminação ou violência; 6) Induzem com maior frequência a autopercepção de saúde de indivíduos expostos ao racismo como deteriorada.⁴⁶ (p. 275)

Um trabalho qualitativo com profissionais da rede pública hospitalar concluiu que todos os entrevistados confirmaram existir racismo no Brasil, assim como o encontrado nesta pesquisa, porém os mesmos não foram capazes de localizá-lo nas suas relações de trabalho.¹⁷ Neste trabalho, por tratar-se de desenho quantitativo, é difícil aplicar a mesma conclusão, porém observa-se que, mesmo confirmando haver racismo, uma parcela importante dos respondentes (28,7%) nega que este racismo se reflita no atendimento dos usuários.

Porém, diversos trabalhos sugerem que exista discriminação sentida pelos usuários nos serviços de saúde: pesquisas com portadores de anemia falciforme concluíram que esses pacientes identificam a existência do racismo no seu atendimento nos serviços de saúde, reconhecem o acontecido como habitual e, conseqüentemente, não o denunciam ou reclamam.^{32,40}

No Rio de Janeiro, um estudo com gestantes observou grandes disparidades na assistência pré-natal entre grupos raciais diferentes.⁴⁷ Outra pesquisa com usuários do SUS negros e negras mostrou que 48,6% dos pretos e 40,5% dos pardos perceberam discriminação em serviços de saúde. A percepção de discriminação sofrida foi maior dentre os indivíduos de menor renda e de menor escolaridade.²⁹

Em São Paulo, um estudo realizado entre participantes do 2º Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo concluiu que a população negra vem sendo discriminada nos serviços de saúde tanto como usuários quanto como profissionais.⁴⁸

E em trabalho desenvolvido em Porto Alegre, mulheres de comunidades remanescentes de quilombos avaliaram os serviços de APS e concluíram que o racismo nos serviços de saúde existe, é sentido, e que o direito à saúde é um privilégio de apenas alguns grupos (que não o seu).⁴⁹

Todos os resultados apontados por esses trabalhos demonstram que existem, na prática, diferenças no tratamento prestado a grupos raciais diferentes, sentidas pelos usuários nos serviços de saúde.

Fortalezas e limitações do estudo

A principal fortaleza do trabalho é sua pertinência à prática da Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família e o baixo número de estudos de temática racial dentro da especialidade. Trata-se de trabalho inédito no município, servindo de piloto para estudos futuros mais completos e complexos.

Algumas limitações do trabalho foram: ter contado com residentes de apenas um programa de residência do município, devido ao número insuficiente de respondentes do outro (que possibilitaria uma comparação entre os dois programas); não ter incluído preceptores das residências multiprofissionais; e seu caráter ainda inicial e superficial, apenas quantitativo e descritivo.

Implicações para a pesquisa na área e prática profissional

Este trabalho tem como implicação apontar caminhos para trabalhos futuros na temática racial, além de ter atingido seu objetivo de abrir e fomentar o debate sobre a PNSIPN dentro dos programas de residência participantes, difundindo a política entre os respondentes.

Considerações finais

A educação em saúde, ainda dentro de modelos tradicionais que valorizam principal ou exclusivamente conhecimentos técnicos, é falha em formar profissionais que compreendam o conceito ampliado de saúde. Assim, os debates sobre populações vulneráveis e políticas afirmativas em saúde ainda são incipientes.

A Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema de saúde público brasileiro, é um grande palco de intervenções e, conseqüentemente, transformações sociais. É ali, na APS, que os profissionais estão em contato direto com a realidade e, para estarem devidamente capacitados, precisam compreendê-la.

Florianópolis, capital referência por possuir uma rede de APS bem estruturada e com grande cobertura populacional, atrai também residentes de todas as regiões do país. Ainda assim, a implantação de políticas em saúde específicas para populações vulneráveis é pouco debatida, mesmo dentro dos programas de residência que visam formar profissionais qualificados para essa rede.

O racismo é não apenas um determinante importante no processo saúde-doença das pessoas, como também se reflete no acesso aos serviços de saúde e qualidade do serviço prestado, diferentemente do que uma parte dos respondentes acredita.

Enfim, o mito da democracia racial, muito bem pensado e arquitetado dentro de um processo histórico favorável no Brasil, possibilita que se perpetue a prática discriminatória e faz parecer insignificantes ou desnecessários todos os movimentos contrários a esse ciclo, minando quaisquer tentativas de reparação desse processo histórico através de um discurso paradoxal de igualdade.

O racismo institucional não está presente apenas no mau atendimento ou nas dificuldades de acesso, mas se revela também nos programas de formação profissional ou educação em saúde que, ignorando a questão racial, não trazem à tona este debate. A ausência de conhecimento e reflexão também colabora com a reprodução dos mecanismos racistas.

Enquanto os espaços de formação e educação em saúde continuarem fechando os olhos para a saúde da população negra, que é a maioria da população brasileira, o racismo continuará exercendo seu efeito perverso sobre o adoecimento dessa população; a equidade continuará sendo um conceito apenas teórico; e a morte negra continuará sendo uma vida interrompida, e não um fim de vida.

Referências

1. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):592-5 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.46360>
2. Santos JE, Santos GCS. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde Debate.* 2013;37(99):563-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400003>
3. Senna DM, Lima TF. Saúde da População Negra na atenção primária à saúde: a questão da violência. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012; p. 153-71.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Indicadores sociais mínimos [acesso 2017 Out 04]. In: Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm
5. Pinheiro L, Fontoura N, Prata AC, Soares V. Retrato das desigualdades [publicação na internet]. Brasília: IPEA e UNIFEM; 2006 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/segundaedicao.pdf>
6. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: *Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
7. Faustino DM. Equidade racial nas políticas em saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 98-120.
8. Lamarca G, Vettore M. A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010. In: *Determinantes sociais da saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde* [homepage na internet]. 2012 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/01/a-nova-composicao-racial-brasileira-segundo-o-censo-2010/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf

11. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004;38(5):630-6 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
13. Jaccoud L. O Combate ao racismo e a desigualdade: O desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Teodoro M, org., Jaccoud L, Osório RI, Soares S. As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.
14. Souza R. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. *Rev Educ Popular* [Internet]. 2005;4:94-102 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/19919/10641>
15. Brasil SA, Trad LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 70-97.
16. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013;66(esp):158-64 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
17. Tavares NO, Oliveira LV, Lages SRC. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde Debate* [Internet]. 2013;37(99):580-7 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341756005>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
18. Costa AM. Promoção da equidade em saúde para a população negra. *BIS Bol Inst Saúde* [Internet]. 2011;13(2):100-06 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200002&lng=pt
19. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017;14(5):e1002306 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
20. Batista LE. Apresentação. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 25-34.
21. Monteiro MCS. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 142-52.
22. Rinehart D. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14421/1/2013_DeniseRinehart.pdf
23. Pereira C, Torres ARR, Almeida ST. Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2003;16(1):95-107 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100010&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000100010>
24. Amâncio Filho A, Moreira MCGB. Saúde, trabalho e formação profissional [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>
25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle. *Physis* 2004;14(1):41-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
26. Feuerwerker LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cad Currículo Ens*. 2001;4(2):11-23.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 37-61 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
28. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Poverty, injustice and social inequality: rethinking the health professionals formation. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2007;31(2):278-86 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Emanuele_Marques2/publication/262462223_Poverty_injustice_and_social_inequality_rethinking_the_health_professionals_formation/links/5722476708aee491cb32fc79.pdf

29. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, dos Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 20(6):1909-16 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
30. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Debate* [Internet]. 2013;37(99):681-90 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://vml029.epm.br/bitstream/handle/11600/8021/S0103-11042013000400016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>
31. Gomes JBB. Instrumentos e métodos de mitigação da desigualdade em direito constitucional e internacional [Internet]. Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento: UFSC; 2011 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31989-37507-1-PB.pdf>
32. Trad L, Mota C, Castellanos M, Farias V, Brasil SA. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 172-92.
33. Rocha TB, Göttems CJ. A política de cotas nas universidades: em busca da efetividade do direito à educação. In: *Anais do Congresso Nacional do CONPEDI nº 18; 2009 Nov 04-07; São Paulo, Brasil*. São Paulo; 2009. p. 482-96 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/2294.pdf
34. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012;16(40):121-34 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>
35. da Cruz ICF. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde! *Rev ABPN* [Internet]. 2013;5(9):163-71 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/242>
36. Munanga K, org. *Superando o racismo na escola*. 3a ed. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
37. da Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 37-48.
38. Munanga K. Cotas para negros. In: *Ata do ciclo de debates da Assembléia Legislativa de Minas Gerais*. 2012 Maio 13; Belo Horizonte; 2012.
39. de Araújo EM, Costa MCN, Noronha CV, Hogan VK, Vines AI, de Araújo TM. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva* [Internet]. 2010;7(40):116-21 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215105005>
40. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2009;13(2):352-8 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715322016>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200016>
41. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *Am Psychol* [Internet]. 1999;54(10):805-16 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201999/racism%20as%20a%20stressor%20for%20african%20americans.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.805>
42. Franklin AJ, Boyd-Franklin N. Invisibility syndrome: a clinical model towards understanding the effects of racism on African-American males. *Am J Orthopsychiatr* [Internet]. 2000;70(1):33-41 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://www.bostoncollege.org/content/dam/files/centers/boisi/pdf/f08/Invisibility_Clinical_Model-Ortho-.pdf. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087691>
43. Townsend TG, Belgrave FZ. Eliminating health disparities: challenges for African American psychologists. *J Black Psychol* [Internet]. 2009;35(2):146-53 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0095798409333605>. <http://dx.doi.org/10.1177/0095798409333605>
44. Utsey SO, Chae MH, Brown CF, Kelly D. Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultur Diversity Ethni Minor Psychol* [Internet]. 2002;8(4):366-77 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11049878_Effect_of_ethnic_group_membership_on_ethnic_identity_race-related_stress_and_quality_of_life_Cultural_Diversity_and_Ethnic_Minority_Psychology_8_366-377. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.8.4.367>
45. Eccleston CP. The Psychological and Physical Health Effects of Stigma: The Role of Self-Threats. *Soc Pers Psychol Compass* [Internet]. 2008;2(3):1345-61 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9004.2008.00082.x/abstract>. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00082.x>

46. Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estud Psicol* [Internet]. 2011;16(3):271-8 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26122323009>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>
47. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005;39(1):100-7 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>
48. Kalckmann S, dos Santos CG, Batista LE, da Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc* [Internet]. 2007;16(2):146-55 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>
49. Xavier EC. O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanos de Porto Alegre. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alij; 2012. p. 193-208.

Errata

No artigo **“Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade”** com número de DOI: **“[https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712)”**, publicado na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, na página 1, Parecer do CEP: Onde se lia: “2.270.572 (PMF), aprovado em 12/09/2017” leia-se “2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017”.

Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno

Factors related to early weaning of breastfeeding

Factores relacionados al destete precoz de la lactancia materna

Heuler Souza Andrade

Raquel Aparecida Pessoa

Lívia Cristina Vasconcelos Donizete

Resumo

Objetivos: Investigar os fatores relacionados ao desmame precoce antes dos seis meses de vida. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem quantitativa, baseada em questionário semiestruturado, com amostra de 52 mulheres com filhos de 0 a 6 meses de vida que não estavam mais em aleitamento materno exclusivo (AME), pertencentes às Estratégias de Saúde da Família urbanas do município de Santo Antônio do Monte, centro-oeste de Minas Gerais. **Resultados:** Apontaram mães jovens, casadas, primíparas, inseguras, com gravidez não planejada, realização das consultas de pré-natal periodicamente, desmame do AME entre o quarto e quinto mês de vida da criança. **Conclusão:** As atividades laborais, as crenças quanto ao leite materno ser fraco ou insuficiente para o bebê e a má interpretação do choro do recém-nascido estão entre as causas encontradas para o desmame precoce. Salienta-se a implementação de estratégias e ações educativas que priorizem a resolutividade quanto aos fatores destacados, e que, especialmente, busquem melhorar o vínculo com esse público.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame Precoce; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Divinópolis, MG, Brasil.
heulerandrade@gmail.com
(Autor correspondente);
raquelpessoa09@gmail.com;
vivia@hotmail.com

Abstract

Objectives: To investigate the factors related to early weaning before six months of life. **Methods:** This is an exploratory, descriptive, quantitative approach, based on a semi-structured form carried out with 52 mothers of children from 0 to 6 months of age who were no longer in Exclusive Breastfeeding (EB), belonging to Family Health Strategies of urban centers of the municipality of Santo Antônio do Monte, midwest of Minas Gerais. **Results:** Most of the participants were young mothers, married, primiparous, insecure, with unplanned pregnancies, performed prenatal consultations periodically, interrupted the EB between the fourth and fifth month of the child's life. Most indicated guidance by health professionals as a facilitator for adherence to the EB. **Conclusion:** Labor activities, beliefs about breast milk being weak or insufficient for the baby and misinterpretation of crying of the newborn are among the causes found for early weaning. We emphasize the implementation of strategies and educational actions that prioritize the resolution of the highlighted factors, and especially, that seek to improve the bond with this public.

Keywords: Breast Feeding; Early Weaning; Health Promotion; Primary Health Care; Family Health Strategy

Como citar: Andrade HS, Pessoa RA, Donizete LCV. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1698](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1698)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
2.086.812 (UEMG), aprovado em
29/05/2017.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 23/02/2018.
Aprovado em: 17/05/2018.

Resumen

Objetivos: Investigar los factores relacionados con el destete precoz antes de los seis meses de vida. **Métodos:** Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva de abordaje cuantitativo, basado en cuestionario semiestructurado, con muestra de 52 mujeres con hijos de 0 a 6 meses de vida que no estaban más en lactancia materna exclusiva (LME), pertenecientes a las Estrategias de Salud de la Familia urbanas del municipio de Santo Antônio do Monte, centro oeste de Minas Gerais. **Resultados:** Se indicaron madres jóvenes, casadas, primíparas, inseguras, con embarazo no planificado, realización de las consultas de prenatal periódicamente, destete del LME entre el cuarto y quinto mes de vida del niño. **Conclusión:** Las actividades laborales, las creencias de que la leche materna es débil o insuficiente para el bebé y la mala interpretación del llanto del recién nacido están entre las causas encontradas para el destete precoz. Se destaca la implementación de estrategias y acciones educativas que prioricen la resolutivez en cuanto a los factores destacados, y que, especialmente, busquen mejorar el vínculo con ese público.

Palabras clave: Lactancia Materna; Destete Precoz; Promoción de la Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategias de Salud Familiar

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que os recém-nascidos (RN) recebam aleitamento materno (AM) até os 2 anos de idade, e o aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida. Amamentar não é somente nutrir o RN, mas também promover uma interação entre mãe e filho. Amamentar faz bem à saúde da mãe, do bebê e do planeta.^{1,2}

O AM contribui com o meio ambiente, pois, ao contrário dos leites artificiais, não agride e nem polui, além de já ser naturalmente preparado na temperatura ideal para o bebê com todos os nutrientes necessários, sem gasto de energia, de maneira eficaz. A oferta de leites artificiais prejudica a criança quanto ao seu crescimento e desenvolvimento, podendo levá-la tanto à desnutrição quanto à obesidade.^{3,4}

Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o AME previne cerca de 6 milhões de mortes infantis por ano. Para a saúde do RN, o leite materno (LM) traz vários benefícios, tais como: proteção contra infecções gastrointestinais, respiratórios e desnutrição. Estima-se que o LM pode prevenir 72% das internações infantis causadas por diarreia e 57% daquelas causadas por infecções respiratórias.^{5,6}

O AM também traz benefícios para a saúde da mãe, reduzindo a incidência de câncer de mama, cânceres ovarianos, diabetes e fraturas ósseas por osteoporose. Proporciona uma involução uterina mais rápida, diminuindo o sangramento pós-parto e, conseqüentemente, colaborando para um menor quadro anêmico. Amplia os intervalos intergestacionais, pois sua eficácia como contraceptivo natural é de 98% nos seis primeiros meses após o parto, desde que a mulher esteja amamentando exclusivamente e se mantendo amenorreica.⁷⁻¹⁰

Com o intuito de manter o AME, a Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 garante a proteção ao AM com a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e salário. Em 2008, a partir da promulgação da Lei nº 11.770, de 9 de setembro, o benefício de 120 dias pode ser prolongado de forma facultativa para 180 dias, acordado entre sindicatos de empresas e empregados, podendo se dar tanto para trabalhadoras da esfera privada quanto para as de esfera pública.^{2,10,11}

Entretanto, ainda hoje no Brasil, o número de crianças que recebem AME até os 6 meses de idade está muito abaixo do que preconiza o UNICEF, da OMS e do MS, o que torna a situação preocupante. Dados da II Pesquisa de Prevalência do AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, apontaram que apenas 41,0% das crianças até 6 meses de vida recebiam AME.^{12,13}

Tendo em vista que o desmame precoce do AME é um problema presente em todos os municípios brasileiros, a realização desse estudo se faz necessária, por oferecer informações sobre os motivos que levam ao desmame precoce, contribuindo para mudanças na prática profissional e também para o envolvimento e comprometimento dos gestores do serviço de saúde em elaborar estratégias com o objetivo de incentivar o AM, contribuindo para melhoria da qualidade da alimentação das crianças e também para a prevenção dos agravos decorrentes da ausência desse aleitamento.

Nessa linha de pensamento, o estudo objetivou investigar os fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de vida.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório, descritiva de abordagem quantitativa. Classifica-se como quantitativa, pois os resultados foram analisados buscando a opinião de mães de crianças com idade entre 0 a 6 meses em relação ao desmame precoce, de acordo com a frequência e o percentual das respostas. É exploratória por identificar os problemas relacionados ao desmame precoce. Tem finalidade descritiva pelo intuito de descrever as opiniões de um grupo de mulheres pertencentes às Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A pesquisa foi realizada no município de Santo Antônio do Monte, situado no centro-oeste de Minas Gerais. O município possui uma população 27.938 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2016. Além de uma Santa Casa de Misericórdia e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h possui nove ESF, sendo seis urbanas e três rurais.

O grupo pesquisado foi composto por mulheres com filhos de 0 a 6 meses de idade pertencentes às ESFs urbanas. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS), nasceram no município, nos últimos seis meses, cerca de 120 crianças. Foram incluídas as mães de crianças que desejaram participar do estudo, maiores de 18 anos de idade, e que não se encontravam em AME.

As ESFs rurais foram excluídas da amostra devido ao difícil acesso. A abordagem às participantes aconteceu nas unidades de saúde, anteriormente às consultas de puericultura e, quando não possível, foi feita em domicílio, contatado previamente por telefone. A aplicação do questionário realizou-se em ambiente iluminado, privado de ruídos e sem extravios de informações.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado baseado no estudo de Farias e Wisniewski,¹⁴ aplicado face a face às entrevistadas, contendo perguntas objetivas que buscavam delinear um perfil melhor e mais abrangente sobre o grupo pesquisado, tais como: idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, quantidade de filhos, bem como compreender os fatores que as levaram ao desmame precoce do AME. Nesse sentido, por ser semiestruturado, o questionário já continha algumas possíveis causas para o desmame mais apontadas em outros estudos, de acordo com a revisão bibliográfica sobre o tema feita anteriormente.

Os dados foram processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0*. Para a análise descritiva dos dados, foi realizada a distribuição de frequência das variáveis, sendo estes dados apresentados em tabelas. Os resultados do estudo serão entregues, em forma de relatório, à Secretaria Municipal de Saúde para que as informações geradas possam subsidiar ações de incentivo ao AM.

A pesquisa obedeceu às normas contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. As participantes assinaram o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (Apêndice A) e foram informadas dos objetivos da pesquisa e comunicadas que poderiam retirar seu nome em qualquer momento. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa UEMG/Divinópolis e aprovado sob o parecer de nº 2.086.812.

Resultados

Dentre as 120 mães de crianças menores de 6 meses, 82 não estavam realizando AME, porém apenas 52 corresponderam aos demais critérios de inclusão da pesquisa, Sendo assim, das mães entrevistadas, 42% apresentavam idade entre 18 e 23 anos de idade, de etnia branca (67%), com escolaridade até o Ensino Médio (37%). Constatou-se que 48% tinham ocupação domiciliar e 48% trabalhavam fora de casa em emprego formal. Todas definiram sua renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Mais da metade das entrevistadas (54%) relatou ser casada, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas das mães entrevistadas em Santo Antônio do Monte/MG, 2017.

Características	N	%
Idade materna (anos)		
18 a 23	22	42
24 a 28	18	35
29 a 33	12	23
Etnia		
Branca	35	67
Não branca	17	33
Escolaridade		
Fundamental incompleto	15	29
Fundamental completo	9	17
Médio incompleto	9	17
Médio completo	19	37
Ocupação		
Domiciliar	25	48
Trabalha fora com carteira assinada	25	48
Trabalha fora sem carteira assinada	2	4
Renda (salário mínimo)		
1 a 2	52	100
Estado civil		
Casada	28	54
Solteira	24	46

As entrevistadas tiveram em média 1 filho (48%), que não foi planejado (60%), sendo que todas relataram ter realizado as consultas de pré-natal e mais que 8 consultas (75%). Quanto ao AME, 40% das mães entrevistadas afirmaram ter amamentado seu filho até os três meses de vida, e que deixaram de amamentar devido seu leite ser fraco ou insuficiente para o bebê (31%). Embora uma porcentagem considerável, 27%, tenha associado o descontinuamente do AME à volta ao trabalho fora de casa (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do perfil gestacional e da amamentação das mães entrevistadas em em Santo Antônio do Monte/MG, 2017.

Características	N	%
Número de filhos		
1	25	48
2 a 3	23	44
4 a 5	4	8
Filho planejado		
Sim	21	40
Não	31	60
Pré-natal		
Sim	52	100
Número de consultas de pré-natal		
7 a 8	12	23
Mais que 8	39	75
4 a 6	1	2
Aleitamento materno exclusivo (em meses)		
Menos que 1	18	35
1 a 3	21	40
4 a 5	13	25
Motivo que deixou o AME antes dos 6 meses de idade		
Leite fraco ou insuficiente para o bebê	16	31
Precisar voltar ao trabalho	14	27
Bebê chorar e não pegar	10	19
Não aceitava o peito	8	15
Problemas nas mamas (rachaduras)	1	2
Substituição do LM por produtos industrializados	1	2
Crenças, culturas e estilo de vida (queda dos seios)	1	2
Influência de terceiros	1	2

AME: aleitamento materno exclusivo; LM: leite materno.

A Tabela 3 demonstra que 92% das mães receberam informações de profissionais de saúde sobre o AME e o profissional que mais as orientou foi o enfermeiro (77%). Metade das entrevistadas disseram não ter sido orientadas a dar outro leite para o bebê antes dos 6 meses de idade. Em relação às orientações recebidas, 77% afirmaram as ter recebido do profissional médico, sendo que 58% concordaram que receber orientações do serviço de saúde as facilitaria a amamentar por maior período de tempo. Importa destacar nesse quesito que poucas mães associaram a importância do apoio familiar para a continuidade do AME.

Tabela 3. Caracterização das orientações advindas dos profissionais de saúde definidas pelas mães entrevistadas em Santo Antônio do Monte/MG, 2017.

Características	N	%
Orientações dos profissionais de saúde sobre AME		
Sim	48	92
Não	4	8
Profissionais que orientaram quanto ao AME até os 6 meses de idade		
Enfermeiro	40	77
Médico	12	23
Orientada a dar outro leite para o bebê antes dos 6 meses de idade		
Sim	26	50
Não	26	50
Quem a orientou		
Enfermeiro	1	4
Médico	20	77
Avós	3	11
Outros	2	8
O que a facilitaria a amamentar		
Orientações do serviço de saúde	30	58
Não trabalhar fora	12	23
Já ter amamentado antes	9	17
Apoio familiar	1	2

AME: aleitamento materno exclusivo.

Discussão

No estudo aqui discutido, observou-se a maior ocorrência do desmame precoce com mulheres mais jovens. Este fato pode se dar por elas serem menos experientes, possuírem mais dúvidas e anseios relacionados ao AM. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, em que as mães também eram jovens.¹⁵ Infere-se, portanto, que a pouca idade materna afeta diretamente a manutenção do AM apresentando uma tendência a desmamar precocemente seus bebês.

A prevalência do desmame precoce quanto à etnia foi observada em maior número em mães brancas. Porém, um estudo¹⁶ afirma estudo que mães não brancas estão mais predispostas a interromper o AME de seus filhos quando comparadas às mães brancas. Portanto, este fator permanece contraditório e devido à escassez de estudos sobre o tema torna-se difícil saber se este fato está relacionado ou não com a interrupção precoce do AM, necessitando de mais estudos para validar a questão.

Em relação ao grau de escolaridade, mães com menor escolaridade tendem a desmamar seus filhos precocemente. Isso pode ocorrer devido ao menor acesso às informações a respeito das vantagens do AM em comparação às mães com maior nível educacional. As mães de menor renda costumam amamentar por menos tempo, por procurarem com baixa frequência o serviço de saúde. Mães com maior renda familiar apresentaram maior conhecimento sobre aleitamento.^{17,18}

Um dado relevante na presente pesquisa foi a situação conjugal, mais da metade das entrevistadas tinha companheiro. O apoio familiar é de grande relevância para as nutrizes, pois contribui para a alta eficácia da amamentação. Os familiares devem estar envolvidos neste processo, pois para a mãe é um momento novo que apresenta muitos medos, dificuldades e insegurança, que requer total apoio e incentivo familiar.¹⁹

Conjugado a isso, há o fato das nutrizes terem ocupação domiciliar, o que pode influenciar o desmame precoce devido à sobrecarga do trabalho doméstico. Com a dedicação ao lar, os filhos acabam sendo deixados em segundo plano e não recebem a atenção necessária, ou seja, elas não têm tempo para se dedicar ao AME.

O processo de amamentar é um processo interativo com a família e o cotidiano social. Faz-se importante que maridos ou demais familiares participem deste processo providenciando os cuidados diários, enquanto as mães amamentam. Estudos apontam a importância de agregar familiares nas atividades de atenção à saúde para melhor apoio à nutriz.^{3,8}

Em relação à ocupação das mães, a questão delas trabalharem fora de casa em emprego formal também pode favorecer à interrupção precoce do AME. Especialistas afirmam que mesmo havendo Políticas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta nem sempre elas abordam de maneira satisfatória as condições de trabalho da mulher e não contribuem algumas vezes com a manutenção da amamentação além da licença maternidade.²⁰

Alguns fatores que podem contribuir para essa situação foram enumerados em uma pesquisa.²¹ Muitas vezes, o local de trabalho da nutriz é inadequado para o AM, podendo haver constrangimentos quanto à exposição do seio ao amamentar em público, incerteza e preocupações com o ganho de peso do bebê, dificuldade de praticar a ordenha antes do retorno ao trabalho, condições insalubres para a ordenha do leite no local de trabalho, falta de informação e interesse da empresa quanto às políticas de AM, cansaço da mãe, entre outros.

O desmame precoce do AM se mostrou mais elevado em mães que possuíam apenas um filho. Este fato pode ser explicado pela baixa experiência e imaturidade para cuidar e amamentar seus filhos. Destarte, é importante uma maior adesão, por parte das nutrizes, às ações de aconselhamento sobre o aleitamento, principalmente para as primíparas. Estas ações devem partir preferencialmente da Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo como foco principal a promoção do AM e prevenção de agravos decorrentes da interrupção desta prática antes do preconizado pelo MS.²²

Observou-se maior prevalência do desmame precoce entre mães que não tiveram a gravidez planejada. Isso pode acontecer pelo fato de não ser uma gravidez esperada e a mãe não estar preparada para dedicar-se aos cuidados com o filho, tendo dificuldades em amamentar. Esta questão deve ser um alerta para os profissionais de saúde para que apoiem e incentivem estas mães de modo que seja estabelecido o vínculo com o bebê e o processo do AME seja alcançado com sucesso. É importante orientar, acolher e acompanhar esta nutriz individualmente a fim de obter uma melhoria da média do AME.^{14,23}

Um paradoxo percebido no estudo foi o fato de todas as mães terem afirmado que realizaram as consultas de pré-natal periodicamente, e ao mesmo tempo um número considerável de mães interromperam

precocemente o AME. Essa questão evidencia que, nem sempre, as informações transmitidas nas consultas podem ser de boa qualidade, que não foram discutidas durante as consultas de pré-natal sobre a amamentação ou então, que os usuários não fazem bom uso dessas informações. A boa comunicação é fundamental para a eficácia do processo da amamentação.⁸

Para além da boa comunicação, a produção de vínculo com a população dos territórios de saúde possibilita a longitudinalidade do cuidado e o alcance de seus benefícios. O fortalecimento do vínculo por meio de uma atenção singular, individualizada e humanizada, estimula a confiança e a construção da autonomia por parte dos usuários, facilitando a adesão às orientações educativas propostas pelos profissionais de saúde.²⁴⁻²⁶

Notou-se que entre o quarto e quinto mês de vida da criança houve menor adesão ao AME. Entre o quinto e sexto mês pode haver uma queda significativa do AME devido à introdução de outros leites e alimentos sólidos.¹⁴ Cabe ao profissional desencorajar as mães quanto à introdução precoce de novos alimentos, a fim de melhorar a qualidade de vida do RN.⁴

Quanto aos fatores que as influenciaram ao desmame precoce, a crença de que o LM seria fraco ou insuficiente para o bebê se destacou. Muitas nutrizes pensam desta maneira pelo fato de, em algumas ocasiões, o LM se apresentar transparente ou com aspecto semelhante à água de coco.

Esse pensamento pode estar associado à falta de conhecimento da fisiologia do LM, ou a fatores culturais, que interferem fortemente nas crenças maternas, mesmo que as mães tenham sido orientadas corretamente pelos profissionais de saúde. Pode-se considerar também que algumas não queiram amamentar, porém não assumem para si próprias que deixaram de amamentar sem motivo e utilizam este fato como uma justificativa para si mesma e para os que estão em sua volta.^{15,27}

Outra justificativa para a interrupção precoce do AME foi a questão de o bebê chorar e não pegar o seio. Essa resistência da criança pode ser devido à introdução de outros bicos artificiais ou mamadeiras, surgimento de dor ao ser posicionado em cada mamada ou a pega inadequada ao seio. Estas determinadas situações podem ser prevenidas com orientações dos profissionais de saúde, os quais devem estar atentos durante todo o período da amamentação.^{2,27}

Pode-se notar um dado satisfatório quanto às orientações recebidas pelas mães por meio dos profissionais de saúde em relação ao AM, principalmente por parte do profissional enfermeiro. O profissional de saúde desde a primeira consulta de pré-natal, no nascimento, no pós-parto, puericultura, assim como nas imunizações, deve incentivar, promover e apoiar o AM. O profissional deve escutar atentamente suas dúvidas, compreender, estimular a autoconfiança e auxiliá-las a enfrentar todas as dificuldades pré-estabelecidas, orientando-as quanto a uma prática saudável do AM.²⁸

Em relação à introdução de outros tipos de leite antes dos seis meses de idade, os profissionais médicos são favoráveis ao AM,²⁹ no entanto, um estudo realizado em um hospital municipal de São Paulo evidenciou que os médicos devem ter uma visão diferenciada sobre a introdução de complementação ao aleitamento materno porque recebem capacitação específica.¹⁵

O recomendado é que não seja dado ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do LM, mas faz a ressalva de que o complemento seja com indicação médica. Entretanto, os médicos não estão

envolvidos com os acontecimentos rotineiros da nutriz e RN. Determinadas vezes, não conhecem a fundo as dificuldades da mãe, ou seja, não ouvem a queixa da nutriz para investigar o fato, optando assim pela iniciação de suplementos, como as fórmulas infantis, induzindo, desta forma, o desmame precoce por algo que talvez poderia ser resolvido por meio de orientações.

Nesse estudo, segundo as entrevistadas, constatou-se que o que as facilitaria a amamentar por mais tempo seria receber mais orientações do serviço de saúde. Embora o processo de amamentar seja natural, ele envolve um desenrolar de mudanças para a mulher, tanto psicologicamente quanto fisiologicamente, o que requer muito apoio, principalmente por parte do serviço de saúde que saberá orientá-las corretamente.³⁰

De acordo com as entrevistadas, outra forma que as facilitaria quanto à maior durabilidade da amamentação seria elas não trabalharem fora de casa, pois o fim da licença maternidade coincide com o término do período de AME ou, dependendo da empresa, até mesmo antes, com 120 dias, tendo estas mães que retornar ao trabalho enquanto seus filhos tiverem apenas quatro meses de vida, perdendo assim a eficácia da amamentação.³¹ Dessa forma, pensar em políticas trabalhistas que incentivem a AME, aumentando o tempo de licença maternidade ou ainda favorecendo o acolhimento das nutrizes e lactentes, ao proporcionar ambientes adequados para a amamentação e/ou ordenha.

A questão de as mães já terem amamentado anteriormente, segundo as entrevistadas, também é um ponto facilitador. As mães que já possuem maior experiência sobre a amamentação apresentam maior autoeficácia e são determinantes importantes das altas taxas de AM.³²

Conclusões

Diante desse estudo, verificou-se que os principais fatores determinantes ao desmame precoce foram a crença quanto ao leite fraco ou insuficiente para o bebê, retorno ao trabalho, má interpretação do choro e inexperiência ou insegurança da mãe. Embora não tenha sido um fator determinante para o problema pesquisado, a atuação/orientação profissional se destacou no estudo. O sucesso da amamentação depende primeiramente da vontade da mãe de amamentar e, posteriormente, da atuação do profissional de saúde, do apoio familiar e de condições favoráveis no local de trabalho.

A partir dos resultados apontados o profissional de saúde, juntamente à classe empregadora podem elaborar estratégias e ações educativas priorizando ainda mais a importância do AM e ter maior resolutividade quanto aos fatores destacados. Por ser uma questão ampla, o profissional não deve apenas priorizar os fatores biológicos, mas também buscar melhoria no vínculo com a gestante, valorizar questões de cunho psicológico e social, apoiando e orientando ainda mais a nutriz.

A diversidade de pesquisas encontradas quanto ao tema mostra a gravidade e a baixa incidência do AM, tornando-o assim um problema de saúde pública. Salienta-se a importância da implementação de estratégias que visem a adesão, promoção, manutenção e aumento da prevalência do AM.

Espera-se que os achados desse estudo possam servir de subsídios para futuras avaliações dos serviços de saúde em relação ao AM, contribuindo, assim, para a redução das taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Referências

1. Souza NKT, Medeiros MP, Silva MA, Cavalcanti SB, Dias RS, Valente FA. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(4):231-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>
4. Monteschio CAC, Gaiva MAM, Moreira MDS. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):869-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680515i>
5. Sassa AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):594-600. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670415>
6. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):1-24.
7. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(n spe):16-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>
8. Prado CVC, Fabbro MRC, Ferreira GI. Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1580015.
9. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;23(2):132-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020072>
10. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon RF. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):642-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000053>
11. Demetrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):641-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400004>
12. Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1):178-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>
13. Barbosa LN, Santos NC, Moraes MAM, Rizzardi SD, Corrêa EC. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá - MT. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):147-53.
14. Farias SE, Wisniewsk D. Aleitamento materno x desmame precoce. *Rev Uningá*. 2015;22(1):14-9.
15. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):22-7.
16. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(spe):e2016-0044. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>
17. Gusmao AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3357-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100025>
18. Boff ADG, Paniagua LM, Scherer S, Goulart BNG. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Audiol Commun Res*. 2015;20(2):141-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312015000200001517>
19. Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Guido LA. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line [publicação na Internet]*. 2013 [citado 13 Dez 2017] 7(spe):4144-52. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4031/6315>.
20. Kalil IR, Aguiar AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde Debate*. 2016;40(110):208-23.

21. Silva CA, Davim RMB. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Rev RENE*. 2012;13(5):1208-17.
22. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):465-74. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>
23. Conceição SP, Fernandes RAQ. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):600-5.
24. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Enferm*. 2012;18(2):11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200002>
25. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Marques CF. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2339-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800018>
26. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(8):2375-82. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016>
27. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Azevedo IC, Ferreira Júnior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):127-34. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>
28. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(3):355-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
29. Escarce AG, Araújo NG, Friche AAL, Motta AR. Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. *Rev CEFAC*. 2013;15(6):1570-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000600020>
30. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde Debate*. 2013;37(96):130-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100015>
31. Barbieri MC, Bercini LO, Brondani KJM, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Sant'anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciênc Biol Saúde*. 2015;36(1 Suppl):17-24.
32. Sirio MAO, Freitas SN, Figueiredo AM, Gouvêa GDR, Pena JL, Machado-Coelho GLL. Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. *Rev Nutr*. 2015;28(3):241-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000300002>

Mortalidade infantil e serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre (RS), Brasil

Infant mortality and Primary Health Care Services in Porto Alegre (RS), Brazil

Mortalidad infantil y servicios de Atención Primaria a la Salud en Porto Alegre (RS), Brasil

Janini Cristina Paiz^a
Marcio Bigolin^b
Roger dos Santos Rosa^a
Ronaldo Bordin^a

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.
janinicpaiz@gmail.com;
roger.rosa@bcb.gov.br;
ronaldo.bordin@ufrgs.br

^b Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). Canoas, RS, Brasil.
marcio.bigolin@canoas.ifrs.edu.br
(Autor correspondente)

Resumo

Introdução: O Coeficiente de Mortalidade Infantil, indicador das condições sociais e de saúde da população, tem capacidade para orientar a proposição de políticas públicas, instalação e previsão de recursos humanos em saúde. Territórios com elevada mortalidade infantil tendem a ser mais vulneráveis e a necessitarem de uma atenção primária bem estruturada. **Objetivo:** Mapear a mortalidade infantil e descrever a distribuição geográfica dos serviços e recursos humanos de atenção primária (concentração e “vazios” assistenciais) em Porto Alegre, nos anos 2010 e 2014. **Métodos:** Estudo descritivo, delineamento ecológico, com emprego de dados secundários disponíveis em sistemas de informações em saúde. O tratamento dos dados ocorreu pelo *framework Enyalius*. **Resultados:** Dos 143 serviços, 65% possuem saúde da família, com cobertura de 36,5% da população. Os usuários adscritos por serviço variam de 700 a 115.673 habitantes; 35% dos serviços possuem menos de 4.000 habitantes adscritos. A distribuição de médicos e enfermeiros variou de 0,14 a 5,71 por 4.000 habitantes. Serviços com elevada densidade populacional possuem modelo operacional tradicional e déficit de profissionais. As regiões das Ilhas e do Extremo Sul, locais com elevada mortalidade infantil, apresentam, em maior área territorial, número adequado de médicos e enfermeiros. Observou-se elevada heterogeneidade na distribuição da mortalidade infantil (zero a 52,63 por 1.000 nascidos vivos) em 2014. **Conclusão:** Um terço da população de Porto Alegre é assistida pela saúde da família. Locais com elevada mortalidade infantil apresentaram número de médicos e enfermeiros próximo ao preconizado. Esse estudo é gerador de hipótese para futuras investigações epidemiológicas na área de atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Mortalidade Infantil; Saúde da População Urbana; Planejamento em Saúde; Mapeamento Geográfico

Como citar: Paiz JC, Bigolin M, Rosa RS, Bordin R. Mortalidade infantil e serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre (RS), Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1579](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1579)

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: 28/07/2017.
Aprovado em: 06/06/2018.

Abstract

Introduction: The Child Mortality Coefficient, an indicator of the social and health conditions of the population, has the capacity to guide the proposal of public policies, installation and forecasting of human resources in health. Territories with high infant mortality tend to be more vulnerable and require more structured primary care. **Objective:** To map infant mortality and describe the geographic distribution of primary care services and human resources (concentration and care “gaps”) in Porto Alegre, in the years 2010 and 2014. **Methods:** Descriptive study, ecological design, employing secondary data available in health information systems. Data processing was performed by the Enyalius framework. **Results:** Of the 143 services, 65% have family health, with coverage of 36.5% of the population. The number of users adjoined per service ranges from 700 to 115,673 inhabitants; 35% of the services have less than 4,000 adjoined inhabitants. The distribution of doctors and nurses ranged from 0.14 to 5.71 per 4,000 inhabitants. Services with a high population density have a traditional operating model and a professional deficit. The regions of the Islands and of the Extreme South, places with high infant mortality, present, in a larger territorial area, an adequate number of doctors and nurses. There was a high heterogeneity in the distribution of infant mortality (zero to 52.63 per 1,000 live births) in 2014. **Conclusion:** One-third of the Porto Alegre population is assisted by family health. Locations with high infant mortality presented a number of doctors and nurses close to that recommended. This study generates hypotheses for future epidemiological investigations in the primary care area.

Keywords: Primary Health Care; Infant Mortality; Urban Health; Health Planning; Geographic Mapping

Resumen

Introducción: El Coeficiente de Mortalidad Infantil, indicador de las condiciones sociales y de salud de la población, tiene capacidad para orientar la proposición de políticas públicas, instalación y previsión de recursos humanos en salud. Los territorios con una elevada mortalidad infantil tienden a ser más vulnerables y a necesitar de una atención primaria bien estructurada. **Objetivo:** Mapear la mortalidad infantil y describir la distribución geográfica de los servicios y recursos humanos de atención primaria (concentración y “vacíos” asistenciales) en Porto Alegre, en los años 2010 y 2014. **Métodos:** Estudio descriptivo, delineamiento ecológico, con empleo de datos secundarios disponibles en sistemas de información en salud. El tratamiento de los datos ocurrió por el *framework enyalius*. **Resultados:** De los 143 servicios, 65% poseen salud de la familia, con cobertura del 36,5% de la población. El número de usuarios adscritos por servicio varía de 700 a 115.673 habitantes; El 35% de los servicios tienen menos de 4.000 habitantes adscritos. La distribución de médicos y enfermeros varió de 0,14 a 5,71 por 4.000 habitantes. Los servicios de alta densidad de población tienen un modelo operativo tradicional y un déficit de profesionales. Las regiones de las Islas y del extremo Sur, ubicadas con elevada mortalidad infantil, presentan, en mayor área territorial, número adecuado de médicos y enfermeros. Se observó una elevada heterogeneidad en la distribución de la mortalidad infantil (cero a 52,63 por 1.000 nacidos vivos) en 2014. **Conclusión:** Un tercio de la población de Porto Alegre es asistida por la salud de la familia. Los lugares con elevada mortalidad infantil presentaron un número de médicos y enfermeros próximo al previsto. Este estudio es generador de hipótesis para futuras investigaciones epidemiológicas en el área de atención primaria.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Mortalidad Infantil; Salud Urbana; Planificación en Salud; Mapeo Geográfico

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma importante forma de acesso do usuário às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (1978), a APS tem sido considerada como prioritária e capaz de resolver 80% das necessidades de saúde da população.¹ Nesse contexto, Starfield² definiu como atributos essenciais desse nível de atenção: (a) o primeiro contato do usuário, (b) a atenção integral, (c) a longitudinalidade e (d) a coordenação do cuidado.

O trabalho na APS, de acordo com o modelo organizacional de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pressupõe o desenvolvimento de ações com alto grau de descentralização e capilaridade.³ A adscrição do território representa uma estratégia para vincular os usuários, a fim de produzir vínculos que possibilitem a atenção integral e longitudinal.³ Além disso, possibilita a identificação do grau de vulnerabilidade da população e garante que a alocação de recursos humanos para esses territórios sejam proporcionais às necessidades de atenção e redução das desigualdades existentes – equidade.^{3,4}

Por atuarem em um território adscrito, as equipes de saúde da família possuem maior conhecimento dos determinantes e condicionantes dos processos de saúde-doença que envolvem a população da área, fator que facilita o acesso e o planejamento do cuidado, mas que, por si só, não é suficiente para reduzir as desigualdades na morbimortalidade de grupos sociais mais vulneráveis.⁵ A mortalidade infantil representa um agravo que poderia ser evitado na vigência de um sistema organizado e articulado que respondesse às necessidades de saúde da população.⁶ A relação entre redução da mortalidade infantil em famílias com condições socioeconômicas e de acesso ao serviço de saúde favoráveis já foi identificada por diversos estudos.^{7,8}

Indicadores de saúde pública, como de mortalidade infantil, são instrumentos indispensáveis para definir as prioridades nas políticas públicas, planejar ações e serviços, monitorar a situação de saúde, bem como avaliar o desempenho do sistema de saúde.⁹ Assim, devem ser mapeados, a fim de identificar o local de ocorrência, e utilizados como informação para planejar as ações em saúde pública.

O georreferenciamento (análise espacial), utilizado inicialmente em 1854,¹⁰ é um instrumento capaz de identificar a distribuição geográfica de eventos relacionados à saúde coletiva e de facilitar o planejamento e intervenção sobre esses agravos. Sua utilização na área da saúde é descrita como auxílio no processo de trabalho das equipes de saúde (vigilância de doenças e mapeamento do perfil do território) e na localização de eventos ambientais e condições sociais e seus impactos na saúde pública.¹¹⁻¹³

Nesse contexto, o presente estudo objetiva mapear em territórios geográficos do município de Porto Alegre-RS, Brasil, a mortalidade infantil e a capacidade instalada de serviços de APS e de recursos humanos desse nível de atenção, a fim de identificar “vazios” assistenciais e locais com concentração de recursos humanos. Esse estudo busca associar os achados de concentração e escassez de capacidade operativa dos serviços de saúde com locais de elevada incidência de mortalidade infantil, a fim de evidenciar aspectos inerentes à equidade na distribuição dos serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento ecológico, com emprego de dados secundários, disponíveis em bases de acesso público: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e do Observatório da Cidade de Porto Alegre. O período de coleta de dados ocorreu de agosto de 2015 a maio de 2016.

Porto Alegre é a capital do estado Rio Grande do Sul. De acordo com Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município era de 1.409.351 habitantes em 2010, com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,805.¹⁴

Os dados referentes à capacidade instalada de serviços de APS do município (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família – USF), bem como a delimitação dos territórios e da população adscrita por UBS/USF, estão disponíveis no Observatório de Porto Alegre, página *Web* atualizada periodicamente pela prefeitura municipal.

Os dados referentes à mortalidade infantil em 2010 estão disponíveis no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Esse sistema contém indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Foram utilizados os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) das 335 Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) de Porto Alegre. As UDHs são áreas que podem ser parte ou um bairro completo, formadas a partir da agregação dos setores censitários do IBGE. Os limites são definidos pela homogeneidade socioeconômica.

Também foi utilizado o número de óbitos infantis (menores de um ano) e o número de nascidos vivos na cidade em 2014, para cálculo do CMI, disponíveis no Observatório do de Porto Alegre.¹⁵ Os dados referentes à distribuição dos recursos humanos que compõem as UBS/USF do município foram obtidos por meio do CNES (base setembro/2015), considerando-se as seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ou seja, as categorias profissionais tipicamente previstas em uma equipe de ESF.³

Para identificar a adequação dos recursos humanos nos diferentes espaços geográficos, foi utilizado o número de equipes completas para atender determinada densidade populacional. O indicador de cobertura foi o previsto pela normatização vigente – cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas.³ Para cálculo de adequação do número de ACS, utilizou-se a recomendação de 750 usuários vinculados a esse profissional.³

Os dados foram provenientes de diferentes fontes, assim o tratamento foi realizado de diversas maneiras. Na primeira filtragem, os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Microsoft® Excel 2010) e, posteriormente, armazenados em um banco de dados relacional utilizando o Sistema Gerenciador de Bancos de Dados (SGBD) de uso comum PostgreSQL. Já os dados do CNES, por exigirem diversas consultas, foram catalogados de maneira automática. Nessa etapa, foi necessário desenvolver uma ferramenta que utilizou a linguagem *Hypertext Preprocessor (PHP)* e o *framework Enyalius*, que tem como base um conjunto de bibliotecas para a geração de gráficos, relatórios e mapas, entre outros. Com a ferramenta desenvolvida, foram realizados os cálculos e gerados os mapas apresentados nesse trabalho.

Para a obtenção das coordenadas geográficas das UBS/ESF foram utilizados os endereços das mesmas, os quais foram submetidos ao *WebService* do *Google Maps*. Esse *WebService* retorna as informações das coordenadas geográficas a partir do endereço. As coordenadas foram armazenadas no banco de dados (SGBD), sendo os mapas gerados por meio da ferramenta com o auxílio do *Enyalius*.

Os dados demográficos específicos de cada UBS/USF, obtidos por meio da consulta em informações de saúde do Observatório de Porto Alegre, foram agrupados e relacionados com as respectivas localizações geográficas de cada UBS/USF. O mesmo ocorreu com os recursos humanos por serviço de APS.

Este estudo não necessitou encaminhamento para apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que utilizou dados secundários provenientes de bases de acesso público para o seu desenvolvimento, não apresentando riscos de qualquer espécie aos seres humanos.¹⁶

Resultados

Na Figura 1, encontra-se a distribuição da população e dos serviços de atenção primária.

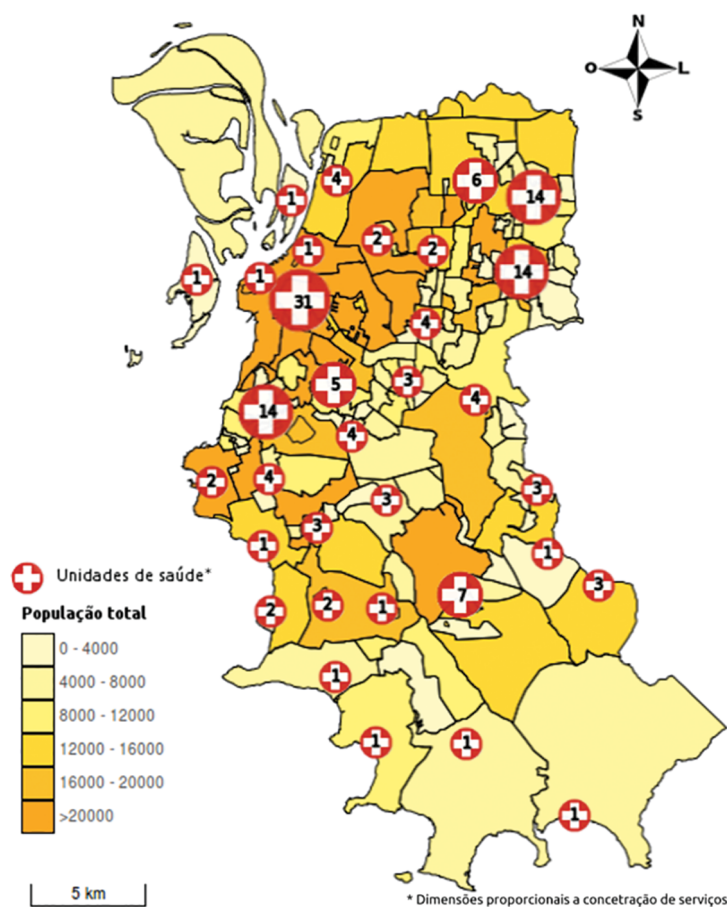


Figura 1. Distribuição da população e dos serviços de APS no município de Porto Alegre, 2014. Fonte: Elaborado por meio de dados do Observatório de Porto Alegre, 2014

A rede de APS do município é composta por 143 serviços, dos quais 50 (35%) possuem população adscrita igual ou inferior a 4 mil habitantes, 43 (30%) entre 4 e 8 mil habitantes, 16 (11,2%) entre 8 e 12 mil habitantes, 14 (9,8%) entre 12 e 16 mil habitantes, 8 (5,6%) entre 16 e 20 mil habitantes e 12 (8,4%) superior a 20 mil habitantes.

Os estabelecimentos que possuem equipes de saúde da família e equipes tradicionais foram contabilizados com um único serviço para cálculo de porcentagem, uma vez que suas equipes estavam cadastradas em um único CNES, mas estão apresentados no mapa de acordo com a população adscrita por ESF e por UBS tradicional. Casos em que os serviços possuem, além de CNES, divisão territorial e especificação dos profissionais para cada modelo de atenção (ESF ou tradicional), foram considerados serviços diferentes.

A Figura 2 evidencia os territórios em que o processo de trabalho é organizado por meio das equipes de saúde da família e os territórios em que não há cobertura de ESF, ou seja, são UBS tradicionais com responsabilidade sobre o território. Também delimita os territórios em que a capacidade de recursos humanos da ESF está de acordo com a PNAB para assistir a área adscrita.³

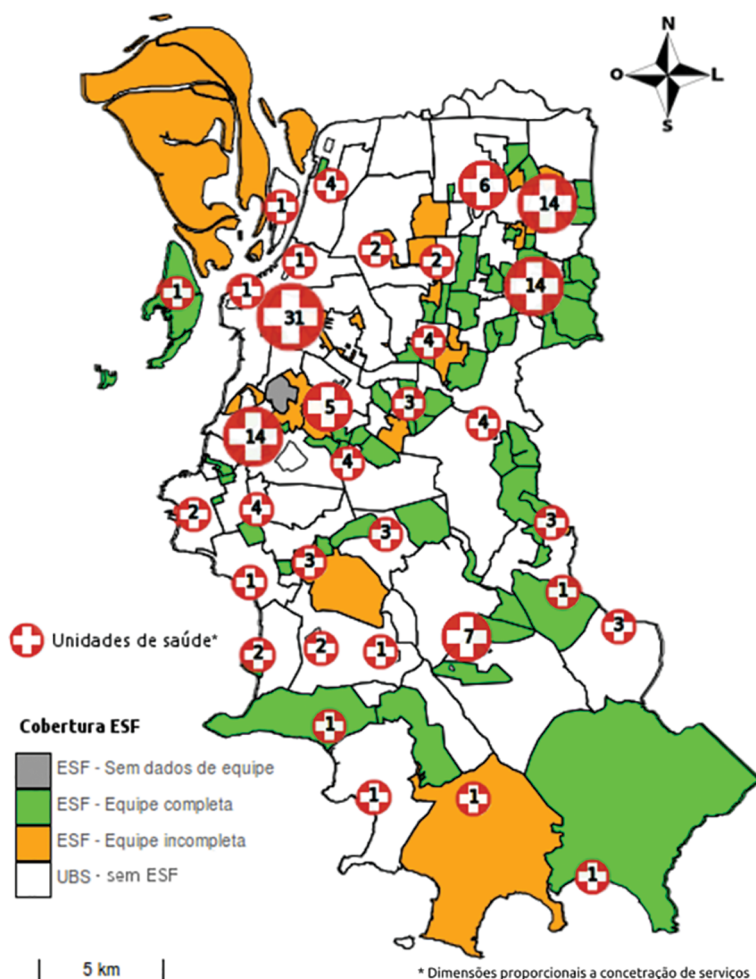


Figura 2. Cobertura de ESF em Porto Alegre, 2015. Fonte: Elaborado por meio de dados obtidos no CNES, 2015.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, 46% da população de Porto Alegre residia em área coberta por ESF em 2014.¹⁷ Entretanto, na Figura 2, obteve-se resultado distinto, com apenas 36,5% da população assistida por ESF. Em dados absolutos, de 1.416.419 habitantes, apenas 516.998 teriam cobertura de ESF.

Dentre os 143 serviços de APS do município, 46 (32,2%) são UBS tradicionais, 93 (65%) são UBS com ESF e quatro têm parte da população atendida por ESF e parte por UBS tradicional. Dentre as 97 ESF, 18 (18,6%) possuem equipes incompletas. Considerado os dados provenientes do CNES de 2015 em relação aos recursos humanos das ESF, percebe-se um número insuficiente de ACS.³

A Figura 3 apresenta a concentração de profissionais de nível superior, componentes da equipe mínima de ESF prevista na PNAB³ – médicos generalistas ou especialistas em saúde de família e/ou comunidade e enfermeiro – com carga horária mínima de 30h ou com equivalência mínima de 30h realizada por dois ou mais profissionais.

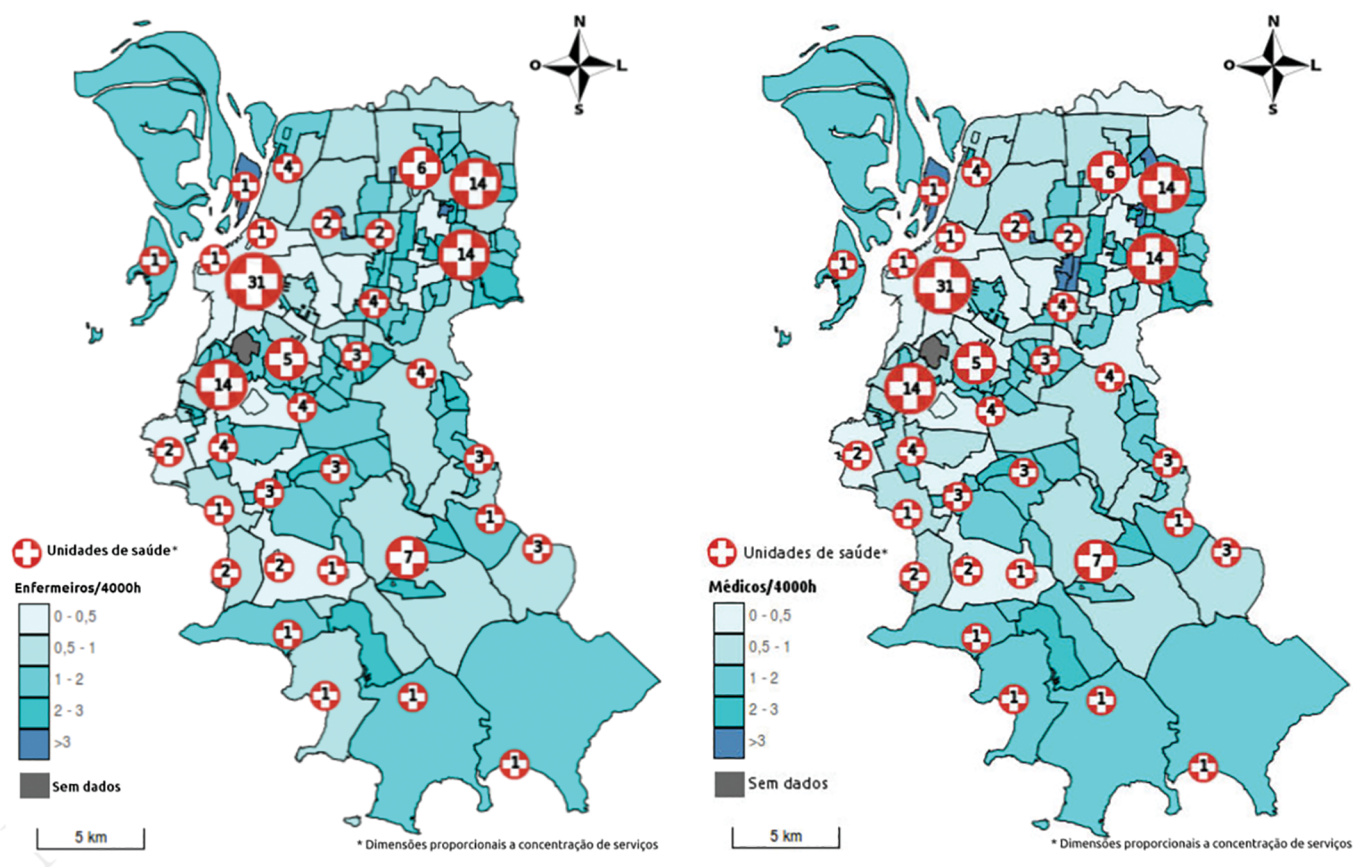


Figura 3. Concentração de médicos e enfermeiros no município de Porto Alegre, 2015. Fonte: Elaborado por meio de dados obtidos no CNES, 2015.

A distribuição dos médicos variou de 0,14 a 5,71/4 mil habitantes, enquanto de enfermeiros variou de 0,20 a 5,71/4 mil habitantes, evidenciando heterogeneidade na distribuição desses profissionais (Figura 3). Os dados de carga horária do profissional médico no CNES revelam uma fragmentação do processo de trabalho e da proposta de composição das ESF. Os serviços sem implantação de ESF apresentam a maioria das particularidades, tais como especialistas de diversas áreas, profissionais com carga horária semanal variada (de 2, 5, 7, 8, 10, 12, 18 horas), mesmo profissional com vínculos de 40 horas em dois serviços diferentes e no mesmo serviço.

A Figura 4 apresenta um dos indicadores de maior validade no planejamento e implementação de políticas públicas pela capacidade de refletir as condições sociais e de saúde da população. Por meio dessa Figura, é possível visualizar comparativamente o CMI nos diferentes territórios, nos anos de 2010 e 2014.

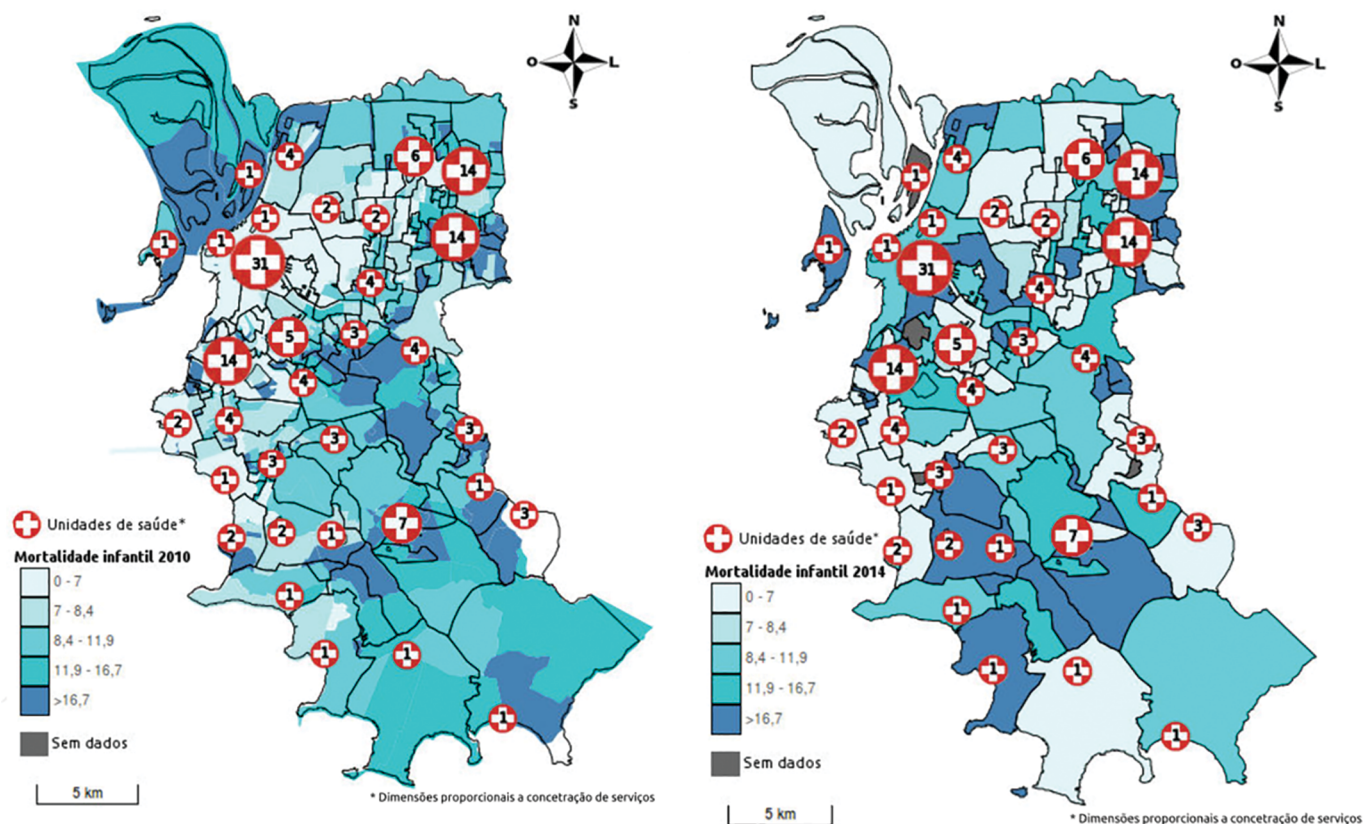


Figura 4. Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em Porto Alegre em 2010 e 2014. Fonte: Mortalidade em 2010 dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010; Mortalidade infantil 2014 dados do Observatório da cidade de Porto Alegre, 2014.

Em 2010, a região Central apresentou o menor CMI (variação de 0 a 7 óbitos/mil nascidos vivos) enquanto as regiões Sul e das Ilhas apresentaram as piores taxas (CMI igual ou superior à média nacional – 16,7 óbitos/mil nascidos vivos). Em 2014, observa-se maior heterogeneidade nos territórios. A região Sul permanece apresentando áreas de elevado CMI, bem como parte da região das Ilhas, mas, diferentemente de 2010, a região Central passa a se configurar como território de maior coeficiente de mortalidade infantil.

A elevada heterogeneidade na distribuição do CMI é um dos aspectos principais a serem observados. O coeficiente variou de 0 a 52,63 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2014. Os maiores CMI observados nas áreas das Unidades de Saúde foram: 52,63, 50,0, 43,47 e 41,66 óbitos/mil nascidos vivos.

Discussão

Resumo dos achados

O município possui 141 estabelecimentos físicos de APS, organizados em 147 UBS tradicionais/USF. Há seis estabelecimentos que compartilham o mesmo espaço físico para atendimento da população, com modelo de atenção tradicional e ESF. Há concentração de população e de serviços de APS na região central (Centro Histórico). Ao mesmo tempo, é possível identificar que um extenso território, abrigando 23,8% dos estabelecimentos de APS, possui mais de 12 mil pessoas adscritas.

Os serviços de APS que concentram maior número de pessoas sob sua responsabilidade são UBS tradicionais, cujas três maiores possuem 115.673, 101.917 e 58.252 habitantes adscritos. Caracterizam-se por possuir equipes de atenção básica mistas, com profissionais especializados, tais como médicos pediatras e ginecologistas.

Serviços de APS com elevado número de usuários adscritos e com presença de profissionais especialistas integrando as equipes podem sofrer uma fragmentação do trabalho de vigilância do território e comprometer alguns dos princípios da APS. A atenção longitudinal, por exemplo, pode estar comprometida, à medida que a equipe de ESF transfere a responsabilidade pelo cuidado da criança em puericultura para o pediatra, ou, ainda, da gestante de baixo risco para o ginecologista.

A presença do especialista no serviço pode melhorar a qualidade da atenção quando dividir responsabilidades e práticas com as equipes de ESF – modalidade de organização conhecida como matriciamento. Entretanto, a elevada demanda do serviço e a comodidade dos profissionais podem levar à criação de uma agenda segmentada e desvinculada do cuidado previsto na APS.

No outro extremo, 50 serviços possuem população adscrita inferior a 4 mil habitantes e eixo organizador do processo de trabalho a ESF. As 3 USF com menor número de usuários vinculados possuem 700 habitantes, 1520 habitantes e 1569 habitantes adscritos. A baixa densidade populacional permite maior reconhecimento do território como cenário para atuação frente às potencialidades e vulnerabilidades a ele inerentes.

Em relação aos recursos humanos, percebe-se que o município possui dimensionamento inadequado, com áreas em que há número insuficiente de profissionais para atender à densidade populacional, os chamados “vazios assistenciais”, bem como territórios com concentração de profissionais acima do parâmetro indicado pela PNAB.

O cenário atual, que envolve a distribuição heterogênea de recursos humanos, consiste em uma problemática multifatorial. Áreas periféricas, distantes da região central e com elevado índice de violência, possuem uma tendência a apresentar menor número de profissionais vinculados. Entretanto, na Figura 3 é nítida a observação da região central como território de baixa densidade profissional e elevada população residente. Por apresentar um poder aquisitivo elevado, com usuários vinculados a seguradoras/planos de saúde, fatores que não foram avaliados nesse estudo, apresenta comportamento diferenciado quanto ao emprego do serviço público de saúde. Observa-se pelos mapas que locais de elevada mortalidade infantil, como região das Ilhas e o Extremo Sul, possuem um número relativamente adequado de médicos e enfermeiros.

O coeficiente de mortalidade infantil, como indicador das condições de vida e saúde da população, permite identificar a vulnerabilidade que afeta de maneira heterogênea o município. Percebe-se que há elevada heterogeneidade na distribuição do CMI, que varia de 0 a 52,63 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2014. Os maiores CMI observados nas áreas das Unidades de Saúde foram: 52,63, 50,0, 43,47 e 41,66 óbitos/mil nascidos vivos. E, desta forma, este indicador, segundo o apresentado pelos mapas (Figuras 3 e 4), não foi o principal aspecto a ser considerado na implantação de serviços e recursos humanos à saúde no município.

Limitações

Entre as limitações desse estudo estão a utilização de dados secundários (delineamento ecológico, com baixo poder de inferência causal) e de diferentes sistemas de informações para comparação dos dados referentes à mortalidade infantil nos anos de 2010 e 2014 e associação da mortalidade infantil restrita à capacidade instalada (física e de recursos humanos) da APS. É consenso que a mortalidade infantil é resultado de múltiplos fatores (socioeconômicos, culturais, acesso a recursos e benefícios públicos, escolaridade materna, entre outros), entretanto, esse estudo restringiu-se a associar a mortalidade infantil com a capacidade instalada de serviços de APS.

Comparação com a literatura

A implantação da ESF nos territórios brasileiros tem demonstrado diversos graus de adequação aos cenários de atenção. Em centros urbanos, a evolução da cobertura ocorre de maneira incipiente.¹⁸ A complexidade na organização dos serviços de saúde em grandes centros traz obstáculos no que se refere ao acesso equânime e à garantia da atenção integral. Essa complexidade diz respeito ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde (insuficiente capacidade física e de recursos humanos), aos agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e de uma oferta consolidada em redes assistenciais desarticuladas e mal distribuídas, em parte devido à fragilidade da APS em exercer o papel de coordenadora da rede.¹⁹⁻²¹

O dimensionamento adequado de profissionais de acordo com critérios populacionais e com a vulnerabilidade do território é fator fundamental para fomentar processos de construção de vínculos longitudinais e para possibilitar a atenção integral à saúde da população adscrita. Permite também melhor acesso e qualidade da atenção e impacta na melhoria de indicadores diretos e indiretos de saúde e de qualidade da atenção. A escassez de recursos humanos, materiais, infraestrutura e de comunicação/informação são citados em estudos que identificam as percepções dos trabalhadores da ESF.²²

A gama de ações oferecidas às crianças em seus primeiros anos de vida pelos serviços de APS, em especial quando elas residem com suas famílias em territórios com cobertura de ESF, leva à redução da mortalidade infantil.²³ Os achados neste estudo corroboram pesquisa realizada na região Sudeste do Brasil que relacionou a capacidade instalada de serviços de APS com critérios de vulnerabilidade. Naquela investigação, foi constatada elevada heterogeneidade e cumprimento não satisfatório da distribuição equânime de serviços de APS.²⁴

A mortalidade infantil apresentou redução importante em todas as regiões brasileiras (decrécimo anual: 6% Nordeste; 4,1% Norte e Sudeste; 3,9% Sul; e 3,2% Centro-Oeste), fator atribuído à melhoria das condições de vida da população brasileira – programas sociais de redistribuição de renda e maior acesso e qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério.²⁵ Em Porto Alegre, o CMI passou de 11,6 em 2010 para 9,5 em 2014, uma redução de 18% no período.

Mesmo com avanços, enfatiza-se que os desafios atuais para a redução da mortalidade infantil encontram-se na qualificação da atenção ao pré-natal, na redução da gravidez na adolescência, na prevenção da prematuridade e melhoria da qualidade da atenção hospitalar ao recém-nascido prematuro.²⁶

Fortalezas e implicações para a prática profissional

A principal contribuição deste estudo decorre de sua aplicabilidade na área da gestão em saúde, especificamente na subárea de epidemiologia dos serviços de saúde, ao fornecer subsídios para a alocação ou adequação da capacidade instalada e dos recursos humanos em saúde de acordo com um indicador (CMI) de vulnerabilidade e equidade. Por permitir a apresentação de dados em forma gráfica de um indicador sensível à condição social e de saúde da população e demonstrar a realidade atual das grandes cidades (heterogeneidade na distribuição da população, elevada densidade populacional em determinadas regiões e vazios assistenciais), configura-se em uma ferramenta para diagnóstico e planejamento no que se refere à saúde em grandes centros.

Esse estudo também identificou fragilidades no sistema de cadastro de profissionais. Cabe destacar que o cadastro adequado dos profissionais que compõem a ESF, para os serviços que aderiram à proposta, é critério indispensável para o repasse de verbas referentes ao PAB variável da Atenção Básica. As fragilidades encontradas no acesso ao CNES refletem a necessidade de rever as atualizações de profissionais que não mais fazem parte do serviço, incluir novos trabalhadores, excluir cadastros repetidos e revisar as cargas horárias digitalizadas.

Conclusões

Este estudo identificou que:

- a) 36,5% da população de Porto Alegre é assistida pela saúde de família (516.998 habitantes); heterogeneidade na distribuição de médicos e enfermeiros para a atenção básica, com déficit desses profissionais em regiões de elevada densidade populacional, ainda que com número próximo do adequado em regiões de maior mortalidade infantil, tais como regiões das Ilhas e do Extremo Sul.

As equipes de atenção básica tradicionais atuam como uma estratégia “paliativa” para dar acesso a um conjunto básico e fragmentado de ações e cuidados em saúde e apresentam limitações na atuação no território de maneira organizada e preventiva. O déficit de profissionais na região de elevada densidade populacional diz respeito a um número ainda insuficiente de serviços para atender as demandas dos aglomerados populacionais. O município possui 23,8% dos estabelecimentos de APS com mais de 12 mil pessoas adscritas.

- b) Comparando-se o final ao início do quinquênio 2010-2014 (Figura 4), parece haver maior heterogeneidade nos territórios quanto ao coeficiente de mortalidade infantil (variou de zero a 52,6 óbitos por mil nascidos vivos).

Cabe enfatizar que este trabalho consiste em uma avaliação ecológica do cenário em estudo. Nesse sentido, essa conclusão deve ser considerada com certa limitação. A observação da Figura 4 mostra um cenário com heterogeneidade de mortalidade infantil nos diferentes anos avaliados, entretanto, é necessária a realização de estudos de maior consistência metodológica para confirmação da hipótese levantada nessa pesquisa.

- c) Os serviços de APS que concentram maior número de pessoas sob sua responsabilidade (acima de 50 mil habitantes) caracterizam-se por possuir equipes de atenção básica mistas, com profissionais especializados, como médicos pediatras e ginecologistas.

Serviços de atenção primária com elevado contingente populacional vinculado (acima de 50 mil habitantes) consistem em cenários precarizados, com baixa capacidade de atuação no território e desempenho de um trabalho fragmentado. Urge a necessidade de o poder público olhar para esses cenários e atuar sobre a insuficiência de capacidade física e de pessoal para produção de cuidado em atenção primária.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1978.
2. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio Entre Necessidade de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p [acesso 2018 Mar 20]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2018 Mar 20]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
4. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. 1a ed. Brasília: OPAS/OMS; 2001.
5. Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):275-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200002>
6. Maia LTDS, Souza WV, Mendes ACDG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2163-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100016>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os profissionais de saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Lourenço EDC, Guerra LM, Tuon RA, Vidal Silva SMC, Ambrosano GMB, Corrente JE, et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2055-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.18822013>
9. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Estimativa da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(4):463-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400013>
10. Câmara G, Monteiro AMV, Druck S, Carvalho MS. Análise Espacial e Groprocessamento. In: Druck S, Carvalho MS, Câmara G, Monteiro AVM, eds. *Análise Espacial de Dados Geográficos*. Brasília: Embrapa; 2004.
11. Magalhães MAFM, Matos VP, Medronho RA. Avaliação do dado sobre endereço no Sistema de Informação de Agravos de Notificação utilizando georreferenciamento em nível local de casos de tuberculose por dois métodos no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(2):192-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400020013>
12. Xavier DR, Barcellos C, Barros HS, Magalhães MAFM, Matos VP, Pedrosa MM. Organização, disponibilização e possibilidades de análise de dados sobre desastres de origem climática e seus impactos sobre a saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(9):3657-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00992014>
13. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2539-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio Grande do Sul: IBGE; 2016.
15. Brasília. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. 2a ed. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 350 p [acesso 2018 Mar 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 2012.
17. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Porto Alegre; 2014.
18. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015;39(104):9-17. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
19. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
20. Santos MA, Senna MCM. Atenção Primária à Saúde: centralidade na agenda pública brasileira e desafios contemporâneos. *Rev Uniabeu*. 2015;8(19):337-53 [acesso 2018 Mar 20]. Available from: http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1996/pdf_250
21. Conill EM. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 1:S7-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>
22. Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(n.esp.2):784-8 [acesso 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329>
23. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd*. 2013;22(1):31-41 [acesso 2018 Mar 20]. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1999>
24. Braga GB, Aurélio M, Marques F, Braga BB. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à Atenção Primária à Saúde do Sudeste Brasileiro. *Espaç Saúde*. 2015;3(16):14-26.
25. Frias PG, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Almeida WS, Lira PIC. Correcting vital information: Estimating infant mortality, Brazil, 2000-2009. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1048-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004839>
26. Pizzo LGP, Andrade SM, Silva AMR, Melchior R, González AD. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saude Soc*. 2014;23(3):908-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300014>

A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil

The cervix cancer tracking organization by a Family Health team in Rio de Janeiro, Brazil

La organización del rastreo del cáncer de cuello uterino por un equipo de Salud de la Familia en Rio de Janeiro, Brasil

Melanie Noël Maia^a

Rhayane Peres de Oliveira da Silva^b

Laís Pimenta Ribeiro dos Santos^c

^a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. melnoelmaia@gmail.com
(Autor correspondente)

^b Hospital Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. peres.rhayane@gmail.com

^c Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). São Paulo, SP, Brasil. lais.pimentars@gmail.com

Resumo

Introdução: O rastreamento organizado do câncer do colo do útero ainda é um desafio a ser vencido em todo o Brasil. **Objetivo:** Descrever a intervenção de uma equipe de Saúde da Família para a melhoria da qualidade das ações de rastreamento desta condição. **Métodos:** A intervenção foi estruturada a partir das recomendações nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero e das evidências disponíveis na literatura para aumento da participação popular em programas de rastreamento. Funcionalidades do sistema de prontuário eletrônico local foram fundamentais para a viabilização da proposta. A partir da reorientação de práticas assistenciais e administrativas, foi estabelecido e mantido por 15 meses um programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero nesta equipe de Saúde da Família. **Resultados:** No mês anterior ao início da intervenção, as equipes da unidade de saúde e da área programática apresentavam uma cobertura média de 10% da população alvo rastreada. Ao final de 15 meses, a equipe-intervenção atingiu uma cobertura de 44%, em contraste com a média de 22% das demais equipes da unidade, e 25% da área programática. **Conclusões:** Quando uma equipe de Saúde da Família empreende esforços para a organização do rastreamento do câncer do colo do útero, bons resultados podem ser alcançados no aumento da cobertura populacional. Esperamos que outras equipes possam se beneficiar da divulgação desta experiência e tomem para si a responsabilidade de organizar o rastreamento do câncer do colo do útero, impactando positivamente sobre a saúde de suas comunidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Programas de Rastreamento; Neoplasias do Colo do Útero; Melhoria de Qualidade

Como citar: Maia MN, Silva RPO, Santos LPR. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1633](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1633)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 01/10/2017.
Aprovado em: 09/05/2018.

Abstract

Introduction: Organized cervix cancer tracking remains a challenge to be overcome across Brazil. **Objective:** To describe the intervention of a Family Health team to improve the quality of the actions to track this condition. **Methods:** The intervention was structured based on the national recommendations for the tracking of cervix cancer and the available evidence on how to improve popular participation in tracking programs. Functionalities of the electronic medical records were fundamental to the viability of this proposal. From the reorientation of care and administrative practices, an organized cervix cancer tracking program was established and maintained for 15 months in this Family Health team. **Results:** In the month prior to the beginning of the intervention, the health unit and programmatic area teams had a 10% average coverage of the target population screened. At the end of 15 months, the intervention team reached a 44% coverage, in contrast to the 22% average of the other teams in the unit, and 25% of the programmatic area. **Conclusions:** When a Family Health team undertakes efforts to organize the tracking of cervix cancer, good results can be achieved in increasing population coverage. We hope that every Family Health team may benefit for this publication and engage in organized cervix cancer tracking, contributing in this way to community's health improvement.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Mass Screening; Uterine Cervical Neoplasms; Quality Improvement

Resumen

Introducción: El rastreo organizado del cáncer de cuello uterino sigue siendo un desafío a ser vencido en todo Brasil. **Objetivo:** Describir una intervención de un equipo de Salud de la Familia para mejorar de la calidad de las acciones de rastreo de esta enfermedad. **Métodos:** Esta intervención tiene base en las recomendaciones nacionales para rastreo del cuello uterino y en las evidencias disponibles en la literatura para un aumento de la participación popular en programas de rastreo. Funcionalidades del sistema de prontuario electrónico fueran imprescindibles para la viabilidad de esta propuesta. Desde la reorientación de las prácticas asistenciales y administrativas fue establecido y mantenido por 15 meses un programa organizado de rastreo del cáncer del cuello uterino en este equipo de Salud de la Familia. **Resultados:** En el mes anterior al inicio de la intervención, los equipos de la unidad de salud y de las áreas programáticas presentaban una cobertura media de rastreo de la población objeto de un 10%. Al final de 15 meses de intervención, el equipo-intervención alcanzó un porcentaje de 44%, contrastando con la media de los 22% de los demás equipos de la unidad y los 25% del área programática. **Conclusión:** Cuando un equipo de Salud de la Familia busca esforzarse para la organización del rastreo del cáncer del cuello uterino se pueden lograr buenos resultados en el aumento de la cobertura de la población. Se espera que otros equipos puedan beneficiarse de la divulgación de esta experiencia y abrazar la responsabilidad de organizar el rastreo del cáncer de cuello uterino, impactando positivamente la salud de sus comunidades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Tamizaje Masivo; Neoplasias del Cuello Uterino; Mejoramiento de la Calidad

Introdução

No Brasil, a despeito da existência de diretrizes clínicas baseadas em evidências que norteiam a atuação dos profissionais e as responsabilidades dos serviços no rastreamento do câncer do colo do útero,¹ ainda predomina um modelo de rastreamento oportunístico, em que o exame citopatológico é ofertado quando mulheres acessam os serviços de saúde por outros motivos.^{1,2}

Comparado aos programas de rastreamento organizado, em que existe maior sistematização das ações e controle sobre as informações, o modelo oportunístico costuma ser menos efetivo no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, além de ser mais oneroso para o sistema de saúde.³ Isso é facilmente perceptível ao se analisarem os dados brasileiros relativos ao rastreamento do câncer do colo uterino, que evidenciam um elevado percentual de exames colhidos fora da faixa etária alvo (mais de 20%) e a coexistência de dois grupos que recebem cuidado inadequado: um de mulheres excessivamente rastreadas com exames anuais, e outro de mulheres que nunca foram submetidas ao exame ou o fizeram há muitos anos.²

Como consequência, a efetividade do rastreamento para prevenção da incidência e mortalidade por câncer é comprometida e marcada por significativas diferenças regionais que traduzem a influência do acesso aos serviços e outros determinantes sociais de saúde.¹⁻⁵

É consenso na literatura científica que as ações para controle do câncer do colo do útero devem ser organizadas.^{1-3,5} O rastreamento é uma tecnologia própria da Atenção Primária à Saúde (APS), e garantir uma elevada cobertura da população alvo é o componente mais importante da atuação deste nível de atenção.^{1,2} Estratégias para aumento da participação da população em programas de rastreamento já foram testadas, e há evidências na literatura de efeitos positivos para algumas intervenções simples, como cartas-convite.^{6,7}

Neste relato, apresentaremos uma descrição da intervenção realizada por uma equipe de Saúde da Família para a implementação de um programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero, a partir da ampliação da cobertura e melhoria do registro dos resultados do rastreamento.

Métodos

Esta intervenção foi realizada por uma equipe de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, no Brasil, nos anos de 2014 e 2015, em um contexto de franca expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A gestão municipal apostava fortemente na estruturação de uma rede de serviços organizada a partir da APS, e consolidou estratégias como a implantação de sistemas de prontuário eletrônico do paciente (PEP) capazes de calcular indicadores assistenciais estratégicos para a ESF e a contratualização de metas para os prestadores de serviços de análises clínicas que reduziram significativamente o tempo de espera para resultados de exames na APS, incluindo o citopatológico do colo do útero.

Um indicador considerado estratégico e que era fornecido às equipes de Saúde da Família pelos PEP era o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame colpocitológico registrado nos últimos 3 anos. O agendamento de colposcopias para mulheres com rastreio alterado e de consultas oncológicas para aquelas com diagnóstico estabelecido de câncer do colo uterino era realizado por meio de sistemas informatizados de regulação, com tempos de espera satisfatórios.

A equipe que realizou a intervenção integrava uma Clínica da Família (unidade de APS) com 13 equipes, situada na Área Programática 3.1 (Zona Norte do município), e era responsável pelos cuidados de saúde primários de cerca de 3700 pessoas, sendo 1060 mulheres de 25 a 64 anos, com a maior parte de sua população vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza. O sistema de prontuário eletrônico utilizado em toda a área programática que abrigava a equipe havia sido trocado cerca de 18 meses antes do início da intervenção, com impacto significativo nos indicadores assistenciais pela importação inadequada de dados nesta transição. Isso pode explicar em parte a baixa cobertura observada na equipe e em toda a área programática no início do estudo, que era de 10%.

A intervenção foi idealizada pela médica de família da equipe e aprimorada por meio de debate com os demais membros, e as estratégias utilizadas refletem recomendações encontradas na literatura científica para o aumento da participação em programas de rastreamento, ou foram desenvolvidas a partir da observação crítica da equipe.

Além da composição mínima das equipes da ESF, esta equipe também contava com a participação de acadêmicos de Medicina e, a partir de 2015, com residentes de Medicina de Família e Enfermagem

em Saúde da Família. A intervenção foi iniciada no mês de setembro de 2014 e sistematicamente mantida até dezembro de 2015, quando a profissional que idealizou o projeto foi transferida para outra unidade de saúde. As etapas da intervenção encontram-se detalhadas a seguir e sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Detalhamento da intervenção.

Etapa 1	Mudança na organização da entrega de resultados de citopatológico na unidade de saúde
Etapa 2	Resgate e registro de exames arquivados
Etapa 3	Oferta racional de coleta facilitada para mulheres na unidade de saúde
Etapa 4	Busca ativa de mulheres que não frequentam a unidade, com agendamento imediato de coleta
Etapa 5	Solicitação de acesso a resultados de exames colhidos em outras instituições
Etapa 6	Avaliação e registro imediato de resultados de exames
Etapa 7	Aprazamento da próxima coleta
Etapa 8	Ações imediatas para mulheres com resultados alterados

A primeira etapa da intervenção consistiu na mudança na organização da entrega de resultados de exames citopatológicos do colo do útero na unidade de saúde. Antes da intervenção, os resultados de citopatológico recebidos pela unidade ficavam arquivados na administração, aguardando que a usuária o buscasse, e esta poderia levá-lo ou não para avaliação pela equipe de referência.

A equipe que realizou a intervenção sugeriu que os resultados fossem imediatamente entregues às equipes de referência após a chegada na unidade, e que as usuárias passassem a buscar seus exames diretamente com as equipes. A sugestão foi acatada pela gerência local e, portanto, atingiu todas as equipes da unidade de saúde.

Posteriormente, foi realizado um resgate e registro de exames arquivados na unidade. Nesta etapa ocorreu a descoberta de um grande número de exames previamente realizados que estavam arquivados na administração, não entregues às pacientes e não registrados. Todos os resultados resgatados foram imediatamente registrados no prontuário eletrônico.

A etapa seguinte consistiu em ofertar de forma racional a coleta facilitada para mulheres na idade de rastreamento. Sendo assim, todos os profissionais da equipe foram sensibilizados para a adoção de uma postura vigilante em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, de forma que todas as mulheres de 25 a 64 anos que frequentavam a unidade por qualquer motivo eram verificadas quanto à sua situação de rastreio e, para aquelas com exame em atraso, era oferecida coleta imediata ou agendamento de coleta de citopatológico, considerando a preferência da mulher.

As mulheres que não frequentavam a unidade, ou seja, aquelas não atingidas pelo modelo de rastreamento oportunístico, foram contatadas por telefonema ou visita domiciliar, com convocação para coleta de citopatológico em data pré-determinada, pois existem sólidas evidências na literatura que o efeito do agendamento é superior ao do convite aberto.^{6,7} A data poderia ser facilmente modificada pela mulher, se necessário. Para as mulheres contatadas em domicílio, foi entregue uma breve carta-convite assinada pela médica de família da equipe, pois também há evidências de benefício deste modelo de carta.⁷

Durante esta etapa, muitas mulheres que constavam nos relatórios como não rastreadas relataram coleta recente do exame citopatológico em unidades de saúde privadas ou filantrópicas (clínicas populares). Elas foram solicitadas a disponibilizar o resultado do exame para a equipe, pelo próprio agente de saúde

(que fotografava o laudo e enviava para a equipe técnica), ou em consulta médica ou de enfermagem, conforme sua preferência.

Desta forma, todos os novos resultados de exame recebidos pela equipe eram imediatamente registrados no prontuário eletrônico, sem esperar que a usuária viesse buscá-lo. O prazo determinado para a coleta de um novo exame citopatológico era escrito no laudo do exame, que seria posteriormente entregue para a mulher, e também registrado em uma planilha eletrônica para controle de ações da própria equipe. As mulheres com resultado de rastreamento alterado eram imediatamente convocadas para a comunicação do resultado e para a adoção das medidas pertinentes (aprazamento da repetição do exame ou agendamento de colposcopia).

Para a avaliação do impacto da intervenção, adotamos como desfecho primário a mudança do indicador “cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero nas mulheres de 25 a 64 anos”, que é calculado pela proporção de mulheres com exame realizado nos últimos três anos dentro desta faixa etária. Este indicador foi comparado com as demais equipes da clínica e com toda a área programática para garantir que os resultados tenham sido decorrentes da intervenção, e não de interferências contextuais.

Os dados relativos à equipe da intervenção e à Clínica da Família onde se situava foram extraídos do próprio sistema de prontuário eletrônico utilizado em tempo real, e os dados consolidados das mais de 140 equipes da área programática foram fornecidos pela Coordenação de Saúde local cerca de um ano após o término da intervenção.

A proposta de intervenção não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa por abranger ações que fazem parte das atribuições rotineiras das equipes de Saúde da Família, e porque os benefícios do rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos são claramente superiores aos possíveis danos na literatura científica.

Resultados

No mês anterior à implementação da intervenção, o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame citopatológico registrado em prontuário eletrônico era de 10%, mostrando-se praticamente idêntico para a equipe que realizou a intervenção, a totalidade da Clínica da Família onde a equipe estava inserida, e o consolidado de equipes da área programática.

Em dezembro de 2015, estes percentuais encontravam-se respectivamente em 44%, 22% e 25%. O Gráfico 1 exibe a série histórica do indicador de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero nas mulheres de 25 a 64 anos desde janeiro de 2014 (cerca de oito meses após a troca do sistema de prontuário eletrônico na área programática, e oito meses antes da intervenção) até dezembro de 2015.

Além da mudança percebida no indicador escolhido, observamos de maneira não sistematizada alguns resultados secundários que merecem ser relatados, pois podem colaborar para a melhoria da organização dos serviços de saúde. No início do estudo, a equipe possuía em seu cadastro aproximadamente 950 mulheres de 25 a 64 anos sem menção de resultado de exame citopatológico no prontuário eletrônico.

Devido à elevada ocorrência de mulheres sem registro de número de telefone ou com números desatualizados, apenas 150 tentativas de contato telefônico foram bem sucedidas. Outro resultado que chamou a atenção foi que nenhuma das 24 mulheres com exame de rastreamento alterado no período

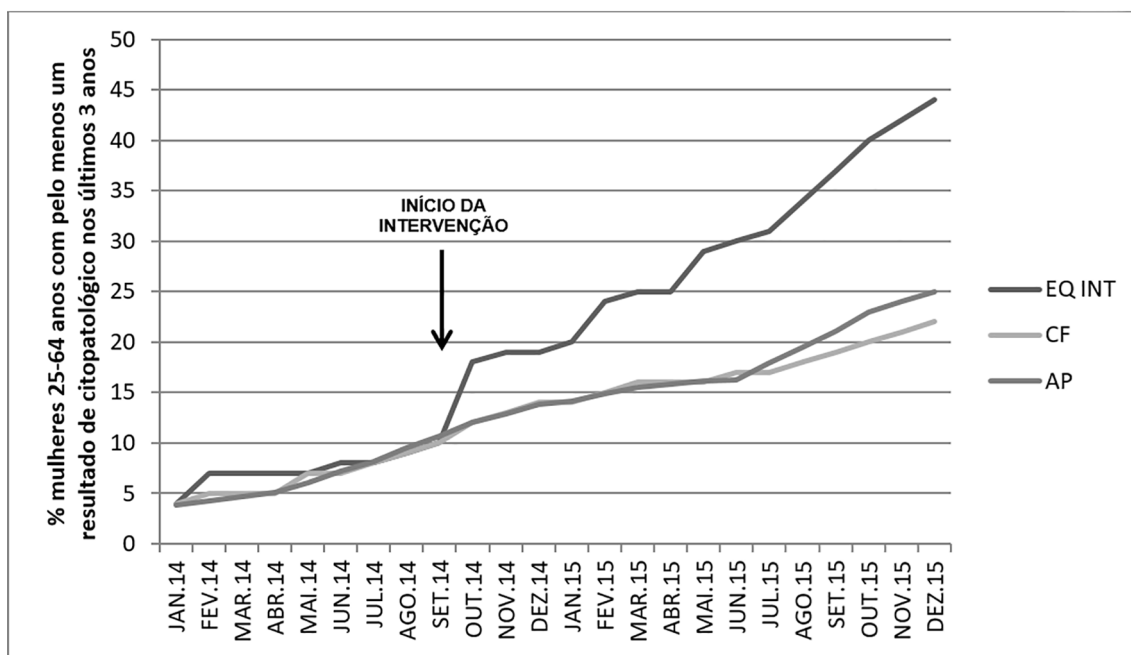


Gráfico 1. Série histórica da cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Área Programática 3.1, Rio de Janeiro, 2014-2015. EQ INT: Equipe-intervenção; CF: Clínica da Família; AP: Área Programática 3.1. Fonte: Prontuário Eletrônico Prime Saúde/Dados fornecidos pela Coordenação da AP 3.1.

do estudo apresentou perda de seguimento, sendo todas manejadas conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

O tempo máximo decorrido entre a data de realização do exame citopatológico alterado e a data de realização da colposcopia foi de 97 dias. Um caso de câncer invasivo do colo do útero foi diagnosticado, e a primeira consulta oncológica aconteceu menos de 60 dias após a primeira avaliação na APS, quando foi estabelecida alta suspeição clínica para o diagnóstico, tendo a confirmação histopatológica sido realizada neste intervalo.

Também cabe ressaltar que menos de cinco exames foram colhidos em mulheres fora da faixa etária alvo para o rastreamento, e todos foram em mulheres de 65 anos ou mais sem história de exames prévios suficientes para a cessação do rastreamento, conforme recomendado pelas diretrizes nacionais. Nenhum exame foi colhido em mulheres de 24 anos ou menos.

Algumas das estratégias propostas na intervenção, como a mudança na organização da entrega de resultados e o registro imediato dos resultados em prontuário eletrônico, foram reconhecidas pela gestão local e sua adoção incentivada para todas as equipes da área programática.

Discussão e conclusões

Resumo dos principais achados do estudo

A experiência descrita mostra que quando uma equipe de Saúde da Família empreende esforços para a organização do rastreamento do câncer do colo do útero, bons resultados podem ser alcançados no aumento da cobertura populacional. Apesar da cobertura ainda limitada de 44% observada ao final do

período do estudo, mudanças importantes foram observadas, tanto no desfecho primário quanto em outros aspectos do cuidado em saúde. Optamos por não contabilizar desfechos intermediários, como o número de exames coletados ou de mulheres convidadas para o rastreamento, pois estes não seriam capazes de refletir o sucesso da intervenção.

Fortalezas e limitações do estudo

A intervenção descrita foi idealizada no contexto de preparação para o “Outubro Rosa”, período em que as equipes são tradicionalmente estimuladas a intensificar a coleta de exames citopatológicos em modelo de campanha, mas o fazem de modo pontual e pouco racional, captando mulheres já rastreadas ou fora da faixa etária alvo.

A realização de citopatológico em menores de 25 deve ser desestimulada,¹ uma vez que a infecção pelo HPV tem comportamento diferenciado nesta faixa etária, com maior tendência à regressão espontânea^{8,9} e o sobrediagnóstico e sobretratamento de lesões contribuem para o aumento da morbidade obstétrica futura sem gerar benefício comparável.^{9,10}

O sobrerastreamento de algumas mulheres, por sua vez, traduz-se em um gasto infrutífero de recursos, e realça o efeito da determinação social sobre a utilização dos serviços de saúde, reproduzindo as iniquidades observadas nos demais contextos.^{3,4} A Prevenção Quaternária¹¹ e a Lei do Cuidados Inversos¹² dialogam diretamente com a temática do rastreamento, tornando-a muito mais complexa. Integrando evidências disponíveis na literatura e o conhecimento do contexto local, a intervenção mostrou-se uma estratégia exitosa, pautada por boas práticas, de baixa complexidade e de baixo custo.

Espera-se que estudos deste tipo,¹³ que descrevem experiências de equipes de saúde para a melhoria da qualidade em ambientes reais e não controlados, possam facilmente ser replicados por outras equipes que vivenciem situações semelhantes. A reprodução de algumas das práticas propostas por outras equipes de Saúde da Família da área programática, portanto, caracteriza um objetivo primordial deste relato (que antecedeu à publicação) e também pode ser considerada um desfecho positivo da intervenção.

Não é possível avaliar, no entanto, se a disseminação destas práticas contribuiu para a melhor evolução do indicador de todas as equipes, gerando impacto nos resultados observados. A comparação com a totalidade de equipes do município poderia responder esta questão, mas não foi possível obter estes indicadores junto à gestão municipal para inclusão no estudo.

O papel do PEP para a viabilização desta intervenção foi inequívoco, a partir da produção dos relatórios de mulheres com atraso no rastreamento e cálculo dos indicadores. Apesar da literatura conflitante a respeito do impacto das tecnologias de informação em saúde para o aprimoramento do cuidado, as ações preventivas parecem especialmente sensíveis à melhoria da qualidade a partir de tais inovações.¹⁴

A experiência poderá não ser generalizável, portanto, para locais que não contem com um sistema de prontuário eletrônico com as funcionalidades necessárias. Diante do contexto de progressiva informatização da ESF no país, esta pode não ser uma limitação significativa. Este relato também não será capaz de contribuir para uma possível melhoria dos indicadores de mortalidade do câncer do colo do útero a partir do incremento da população rastreada em contextos em que a rede não esteja organizada para a oferta das ações necessárias às mulheres com rastreamento alterado.

A intervenção foi mantida por um curto período de tempo, prejudicando a avaliação de seus efeitos em longo prazo, tendo sido interrompida em decorrência da transferência da profissional que idealizou o projeto para outra unidade de saúde do município. Há de se refletir sobre o impacto da rotatividade da ESF na continuidade de experiências exitosas, dentre outras questões relacionadas à mesma.

A dificuldade de fixação de profissionais na ESF já foi mencionada como um problema em dois estudos avaliativos importantes realizados no Brasil¹⁵ e no Rio de Janeiro¹⁶ por pesquisadores consagrados do campo da APS, sendo recomendável que os gestores municipais lancem mão de estratégias para tornar a permanência dos profissionais mais atrativa.

Comparação com a literatura já existente

A qualidade do rastreamento do câncer do colo do útero já foi avaliada no Brasil por alguns autores em diferentes localidades. Navarro et al.,¹⁷ usando inquérito domiciliar com uma amostra representativa de mulheres, encontraram uma taxa de 85,7% de cobertura da população-alvo em Boa Vista-RR em um contexto de rastreamento oportunístico, o que é considerado uma cobertura adequada, mas relataram associação inversa entre a renda familiar per capita e a não realização do exame.

Ribeiro et al.¹⁸ descrevem dados de cobertura semelhantes para mulheres que frequentavam o pré-natal em Juiz de Fora-MG, porém ressaltam a perda de oportunidades de rastreamento ao identificar uma quantidade significativa de mulheres que estavam em contato com o serviço de saúde, mas não foram submetidas ao exame citopatológico.

Análises dos dados do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) de Teresina-PI¹⁹ e do estado de Minas Gerais²⁰ indicam a necessidade de aprimoramento nos programas de rastreamento no que diz respeito à adequação da oferta de exames, dado o elevado número de exames colhidos em mulheres fora da faixa etária alvo ou com periodicidade menor que a recomendada.

Vale et al.,²¹ destacando a ESF como um caminho para a reorientação das práticas do rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil em direção a um programa organizado, acompanharam os indicadores de Amparo-SP por sete anos consecutivos, e concluíram que houve persistência do modelo oportunístico, com elevada frequência de coletas em excesso, que se bem direcionadas poderiam ter garantido cobertura de 100% da população alvo, sem necessidade de expansão da capacidade assistencial.

Lourenço,²² ao discutir a implantação de um programa de rastreamento organizado do câncer de mama em uma região composta por 19 municípios paulistas, também coloca a ESF como fundamental para garantir a viabilização do mesmo.

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

Um programa de rastreamento organizado do câncer do colo do útero ainda é uma agenda a ser cumprida no Brasil, e a ESF apresenta características que a colocam em uma posição de protagonismo para modificar esta situação, como a adscrição da população por critério territorial, a sua reconhecida capilaridade em territórios socialmente desfavorecidos, e a presença de agentes comunitários de saúde que podem atuar no recrutamento ativo das mulheres.

Esperamos que este relato de experiência exitosa possa sensibilizar todas as equipes de Saúde da Família do país para a responsabilização pelo rastreamento organizado do câncer do colo do útero, e mostre que é possível modificar realidades a partir de intervenções simples, dinâmicas e bem fundamentadas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Utero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2ª ed [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
2. Derchain S, Teixeira JC, Zeferino LC. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(4):161-3. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1582399>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Primária. Rastreamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
4. Sarfati D, Shaw C, Simmonds S. Commentary: Inequalities in cancer screening programmes. *Int J Epidemiol*. 2010;39(3):766-8. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyq039>
5. World Health Organization (WHO). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 [Internet] [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1
6. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;5:CD002834 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2>
7. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:464 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-464?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>
8. Vale DB, Westin MC, Zeferino LC. High-grade squamous intraepithelial lesion in women aged <30 years has a prevalence pattern resembling low-grade squamous intraepithelial lesion. *Cancer Cytopathol*. 2013;121(10):576-81 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1002/cncy.21312>
9. Landy R, Birke H, Castanon A, Sasieni P. Benefits and harms of cervical screening from age 20 years compared with screening from age 25 years. *Br J Cancer*. 2014;110(7):1841-6 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2014.65>
10. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367(9509):489-98 [acesso 2018 Abr 16]. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68181-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68181-6)
11. Silva AL, Mangin D, Pizzanelli M, Jamouille M, Wagner HL, Silva DH, et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(33):371-4 [acesso 2018 Abr 16]. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)1006](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)1006)
12. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
13. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
14. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742-52 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>

15. Gêrvás J, Fernández MP. Uma Atenção Primária forte no Brasil. Relatório sobre: como fortalecer os acertos e corrigir os erros da Estratégia de Saúde da Família. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
16. Harzheim E, org. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros 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 [Internet]. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2013 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf
17. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Rev Saúde Pública*. 2015;49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>
18. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00001415. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00001415>
19. Damacena AM, Luz LL, Mattos IE. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):71-80 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000100008>
20. Corrêa CSL, Lima AS, Leite ICG, Pereira LC, Nogueira MC, Duarte DAP, et al. Rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(3):315-23 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201700030201>
21. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):383-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200017>
22. Lourenço TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia [Dissertação de mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009.

Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC

Depression in physicians of the Family Health Strategy in the municipality of Itajaí/SC

Depresión en médicos de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Itajaí/SC

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Jair Abdon Ferracioli
Amanda Elisa Zajankauskas
Natasha Camilo Dias

Resumo

Objetivo: Conhecer a prevalência de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Itajaí/SC. **Métodos:** Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck para rastreamento dos sintomas depressivos e um questionário elaborado pelos pesquisadores para coletar informações da vida pessoal e profissional. Os dados coletados foram armazenados em tabela de Microsoft Excel, estratificados conforme intensidade dos sintomas e as variáveis relacionáveis. Para apresentação, foram calculadas frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** Em uma amostra de 45 médicos, apenas sintomas depressivos leves foram identificados, o que representou somente 13% dos participantes, porém nenhuma das variáveis analisadas neste estudo apresentou associação com depressão. A grande maioria dos resultados se mostrou satisfatoriamente positiva para prevenção e fatores estressores: horas de sono suficientes, número adequado de consultas, satisfação com o trabalho, prática de atividade física e não relatar antecedentes psiquiátricos. **Conclusões:** São percebidos, no presente estudo, poucos médicos na ESF de Itajaí/SC com sintomas depressivos, contudo, considera-se, ainda, fundamental a adoção de estratégias na melhoria da saúde mental destes profissionais.

Palavras-chave: Depressão; Saúde Mental; Médicos; Estratégia Saúde da Família

Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI).
Itajaí, SC, Brasil.
carlosgarciajunior@hotmail.com
(Autor correspondente);
jaiferracioli@univali.br;
amandazajankauskas@hotmail.com;
natinha_dias@hotmail.com

Abstract

Objective: Discover the prevalence of depression in physicians of the Family Health Strategy (FHS) of the city of Itajaí/SC. **Methods:** The Beck Depression Inventory was used to track depressive symptoms and a questionnaire developed by the researchers was used to collect information about personal and professional life. Data collected were stored in a Microsoft Excel table, stratified according to symptom intensity and relatable variables. Absolute and percentage frequencies were calculated for presentation. **Results:** In a sample of 45 physicians, only mild depressive symptoms were identified, which represented only 13% of the participants, but none of the variables analyzed in this study was associated with depression. The great majority of the results were satisfactorily positive for prevention and stressors: sufficient sleep hours, adequate number of consultations, satisfaction with work, practice of physical activity and no report of psychiatric records. **Conclusions:** In the present study, few physicians in the FHS01 of Itajaí/SC were found with depressive symptoms, however, the adoption of strategies to improve the mental health of these professionals is still considered essential.

Keywords: Depression; Mental Health; Physicians; Family Health Strategy

Como citar: Garcia Jr. CAS, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1641](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1641)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.371.435 (UNIVALI), aprovado em
16/12/2015

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 16/10/2017.
Aprovado em: 19/06/2018.

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión en médicos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de la ciudad de Itajaí/SC. **Métodos:** Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para el rastreo de los síntomas depresivos y un cuestionario elaborado por los investigadores para recoger informaciones de la vida personal y profesional. Los datos recolectados fueron almacenados en una tabla de Microsoft Excel, estratificados según la intensidad de los síntomas y las variables relacionables. Para la presentación se calcularon frecuencias absolutas y porcentuales. **Resultados:** En una muestra de 45 médicos, sólo se identificaron síntomas depresivos ligeros, lo que representó sólo el 13% de los participantes, pero ninguna de las variables analizadas en este estudio presentó asociación con depresión. La gran mayoría de los resultados se mostró satisfactoriamente positiva para prevención y factores estresores: horas de sueño suficientes, número adecuado de consultas, satisfacción con el trabajo, práctica de actividad física y no relatar antecedentes psiquiátricos. **Conclusiones:** Se percibe en el presente estudio, pocos médicos en la ESF de Itajaí/SC con síntomas depresivos, sin embargo, se considera todavía fundamental la adopción de estrategias en la mejora de la salud mental de estos profesionales.

Palabras clave: Depresión; Salud Mental; Médicos; Estrategia de Salud Familiar

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde/*World Health Organization* (OMS/WHO), a depressão é uma doença que afeta mundialmente todas as populações. Estima-se que em torno de 350 milhões de pessoas estejam diagnosticadas. Um estudo realizado em 17 países revelou uma média de aproximadamente 1 em cada 20 pessoas com episódio depressivo no ano anterior.¹ A prevalência anual na população em geral de países ocidentais, varia entre 3 e 11%, considerada uma prevalência alta.² Em relação ao Brasil, essa prevalência é tão alarmante que consegue contribuir com 10% no ranking mundial de pessoas com depressão, pois tem uma frequência de 10 a 18% de sua população afetada anualmente, equivalendo a 20 a 36 milhões de pessoas.³

Na atuação médica, alguns fatores estressantes estão relacionados ao exercício da profissão médica como a sobrecarga horária, a privação de sono, o comportamento idealizado, o contato intenso e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes, lidar com a intimidade corporal e emocional e com pacientes difíceis, as incertezas e limitações do conhecimento médico, o medo do erro médico e o temor em falhar.⁴

No Brasil, a atuação do profissional médico no Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e se desenvolve na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O médico é um dos integrantes da ESF, que tem caráter multiprofissional e interdisciplinar, sendo responsável pelo processo de cuidado da população.

O médico está exposto ao impacto decorrente do ambiente no qual atua e das funções que desempenha. Por meio do ambiente de trabalho, o homem se relaciona, estabelece trocas, pode obter reconhecimento e valorização social.⁵ Dessa forma, a atividade laboral tem impacto na saúde e no adoecimento, podendo estar influenciada pelos sentimentos de realização e satisfação. É de extrema importância compreender com maior profundidade as experiências laborais e psíquicas do médico relacionadas as vivências diárias como trabalhador da ESF.

Os médicos na ESF exercem papel de cuidadores da saúde da comunidade adscrita. Esse trabalho do cuidar suscita cargas de trabalho desgastantes geralmente esquecidas pelos gestores e pelo próprio profissional, que não se atentam ao cuidado do cuidador e acabam por evitar “parar” para refletir sobre sua saúde, tendo o foco apenas na sua responsabilidade pela saúde de outros.⁶

As exigências de trabalho, às vezes, fatigantes, passam despercebidas ou são tidas como “naturais” pelo próprio trabalhador, que defende quaisquer situações como “ossos do ofício”.⁷ O ambiente de trabalho e as funções do médico da ESF estão relacionados às características dos territórios definidos, a dinamicidade existente e a oferta de acesso ao cuidado das variadas demandas e necessidades de saúde da população, portanto, responsabilidades que podem se relacionar com o próprio processo de saúde-doença do trabalhador.

A almejada atenção integral à saúde e à humanização nas atividades da ESF, desempenhada pelos médicos e demais profissionais, os deixam expostos a condições presentes em sua atuação como pobreza, desigualdades sociais, além de deficiências nos mais variados níveis do sistema de saúde. Apesar de importantes trabalhos desenvolvidos no âmbito das equipes de ESF, poucos se propõem à observação de aspectos da vida pessoal e profissional do médico relacionando-os à saúde psíquica dos médicos vinculados a equipe de ESF. Assim, o objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência de depressão em médicos da ESF no município de Itajaí/SC.

Método

Trata-se de um estudo descritivo transversal. A coleta de dados foi realizada a partir de dois instrumentos. Um questionário foi utilizado para coletar informações sobre os aspectos da vida pessoal e profissional do médico, inspirado no modelo proposto por Aragão et al.⁸ As variáveis, situadas como fatores de risco, relacionáveis ao questionário foram: sexo, prática de atividade física, antecedentes psiquiátricos na família, problemas de relacionamento, satisfação com o trabalho, adequação do número de consultas em relação a horas de trabalho e tempo que dorme diariamente.

O outro instrumento foi o Inventário de Depressão de Beck (IDB). O IDB é uma ferramenta de pesquisa amplamente utilizada na prática clínica para avaliar, além de pacientes psiquiátricos, a população geral.⁹ Este é composto por 21 itens que abrangem os componentes cognitivos, comportamentais, afetivos, e somáticos da depressão. O instrumento tem tradução e validação para língua portuguesa.¹⁰ A avaliação dos sintomas depressivos foi realizada a partir dos pontos de corte considerando diferentes graus de intensidade (ausente; leve; moderado; grave), já consagrados na literatura.^{2,8-10}

Os questionários foram entregues por meio de visitas *in loco* a todas as equipes de ESF, sendo todos preenchidos e recolhidos para análise pelos pesquisadores. As visitas foram realizadas em dias de semana, nos horários em que cada ESF tinha seu funcionamento sem agendamento prévio, nos períodos matutino e vespertino, para facilitar o contato com os médicos *in loco*. O intervalo da coleta se estendeu de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Os dados coletados foram organizados numa base de dados do Microsoft Excel® 2013. Todas as variáveis foram estratificadas conforme categorias do questionário e as características relacionáveis a intensidade dos sintomas em ausente, leve, moderado e grave de depressão. Posteriormente, para apresentação dos dados, foram calculadas frequências absolutas e percentuais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, número CAAE 51253115.4.0000.0120, conforme o parecer 1.371.435 disponível em 16/12/2015. Não contou com nenhuma fonte de financiamento e os autores não possuem nenhum conflito de interesse. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos (as) participantes.

Resultados

Foram convidados a participar todos os médicos atuantes nas equipes da ESF do município de Itajaí/SC, Brasil, incluindo médicos inscritos no Programa Mais Médicos para o Brasil durante o período de coleta. O total de médicos inscritos na secretaria municipal de saúde no segundo semestre de 2015 era de 51 profissionais, distribuídos em 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 49 equipes de ESF. Dos 51 profissionais médicos convidados, 6 médicos optaram em não participar da pesquisa, portanto, a pesquisa contou com a participação de 45 médicos, sendo 20 mulheres e 25 homens, perfazendo 44% da amostra do sexo feminino, com o sexo masculino equivalendo a 55% da amostra.

Em relação aos aspectos da vida pessoal e profissional, constatou-se que 73% dos médicos que trabalham nas equipes de ESF do município dormem mais do que seis horas diariamente e 76% dos que apresentam depressão dormem menos do que seis horas diariamente. 31% dos médicos das equipes de ESF consideraram o número de consultas inadequado em relação às horas de trabalho, enquanto que, entre os médicos com sintomas depressivos, apenas 20% apresentaram essa opinião.

Em relação à satisfação com o trabalho, demonstrou-se entre os participantes 13% insatisfeitos e 20% dos médicos com sintomas depressivos apresentam-se nessa categoria. 11% de todos os médicos das equipes de ESF do município e 16% dos médicos que integram o grupo com sintomas depressivos afirmam ter problemas de relacionamento.

Em se tratando da prática de atividade física, 17 médicos informaram não praticar nenhum tipo de exercício enquanto 28 assinalaram ser praticantes; respectivamente, 37% da amostra eram médicos sedentários e 62% se diziam ativos. Na associação com antecedentes psiquiátricos pessoais 11 participantes assinalaram ter antecedentes, correspondendo a 24%, enquanto que 33 médicos negaram qualquer antecedente, totalizando 75%.

A Figura 1 mostra as respectivas características utilizadas no questionário para coleta de dados sobre os aspectos da vida pessoal e profissional dos participantes da pesquisa.

A prevalência de sintomas depressivos entre os médicos que participaram da pesquisa foi de 13%, equivalendo a 6 dos 45 participantes, sendo que 100% desses estavam classificados em sintomas leves pelo IDB. Dentre a pequena parcela de médicos que apresentaram sintomas depressivos na pesquisa, 66% deles eram do sexo masculino (4 médicos) enquanto que 33% eram do sexo feminino (2 médicas). Portanto, a maioria dos médicos não possuíam sintomas depressivos e nenhum apresentou sintomas moderados ou graves.

A Tabela 1 indica as respostas dos participantes ao questionário definido no IDB considerando o número 0, 1, 2 ou 3 para descrever a maneira que participante se identificava em cada uma das 21 afirmações. Convém destacar que alguns participantes não preencheram todas as afirmações, como pode ser observado a seguir.

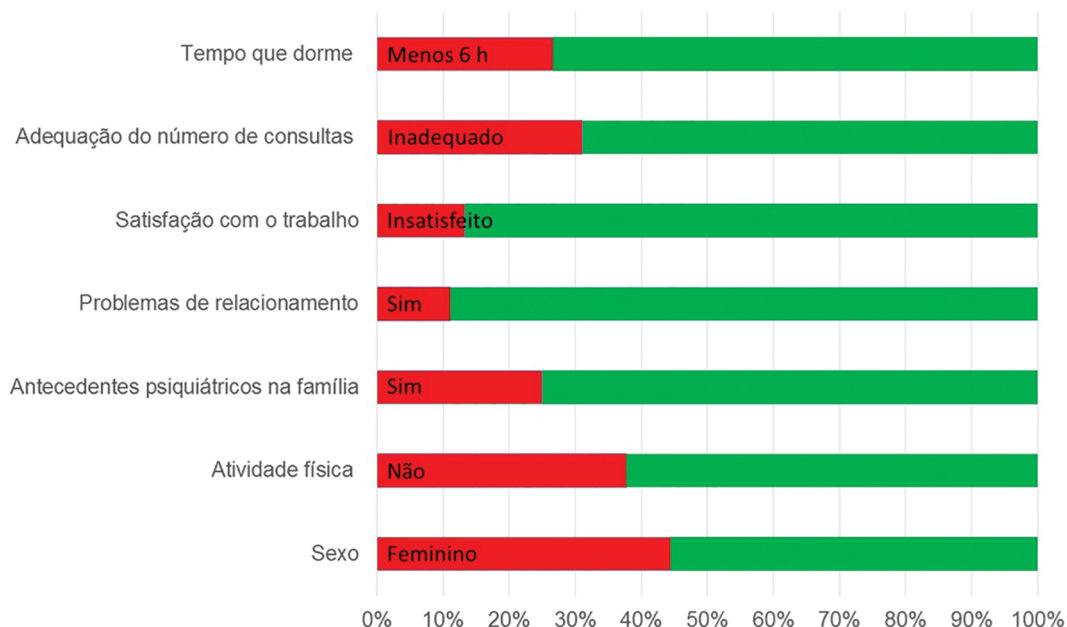


Figura 1. Resultados do questionário sobre os aspectos da vida pessoal e profissional.

Tabela 1. Respostas relacionadas ao questionário do Inventário de Depressão de Beck (IDB).

	Respostas assinaladas - IDB				Soma	Porcentagem de respostas assinaladas			
	0	1	2	3		0	1	2	3
P1	40	4	0	0	44	91	9	0	0
P2	39	6	0	0	45	87	13	0	0
P3	45	0	0	0	45	100	0	0	0
P4	32	13	0	0	45	71	29	0	0
P5	42	3	0	0	45	93	7	0	0
P6	40	3	0	0	43	93	7	0	0
P7	40	4	1	0	45	89	9	2	0
P8	25	18	2	0	45	56	40	4	0
P9	45	0	0	0	45	100	0	0	0
P10	41	4	0	0	45	91	9	0	0
P11	25	17	0	3	45	56	38	0	7
P12	32	13	0	0	45	71	29	0	0
P13	35	8	2	0	45	78	18	4	0
P14	38	7	0	0	45	84	16	0	0
P15	33	11	1	0	45	73	24	2	0
P16	26	15	4	0	45	58	33	9	0
P17	18	25	0	1	44	41	57	0	2
P18	42	2	1	0	45	93	4	2	0
P19	42	3	0	0	45	93	7	0	0
P20	35	10	0	0	45	78	22	0	0
P21	40	4	0	0	44	91	9	0	0

Discussão

De maneira geral, pode-se considerar que o principal achado do estudo está no baixo percentual de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC.

O estudo tem como fortaleza o destaque a um tema de grande importância para a categoria médica. Além disso, reúne informações para identificação e caracterização do sofrimento mental de profissionais médicos vinculados aos serviços de APS. Entre as limitações do estudo pode-se constatar: informações insuficientes no questionário; coleta de dados em um espaço de tempo muito variável; dificuldade da aplicação dos questionários de forma pessoal; possível viés de seleção relativo à perda de seis dos 51 médicos das equipes de ESF de Itajaí/SC; viés de informação decorrente do fato de os médicos saberem manejar o IDB e talvez preferirem não ser identificados como portadores de depressão, de sentirem eventual constrangimento para informar antecedentes psiquiátricos, de temerem represálias por questionarem o número de consultas em relação à carga horária ou revelarem insatisfação com o trabalho ao responderem à pesquisa realizada dentro do ambiente de trabalho, da impossibilidade matemática de realização de testes de hipótese.

Deve-se considerar que as implicações para a pesquisa na área de saúde mental com os médicos trabalhadores da APS e/ou para a prática dos profissionais estão relacionadas à necessidade de estudos adicionais para examinar o ambiente de trabalho e os fatores de risco associados à depressão.

A organização da discussão deste estudo seguiu oito categorias elementares neste estudo: 1) depressão na amostra, 2) sexo, 3) tempo que dorme diariamente, 4) adequação do número de consultas em relação as horas de trabalho, 5) satisfação com o trabalho, 6) problemas de relacionamento, 7) atividade física e 8) antecedentes psiquiátricos.

Em comparação com a literatura já existente, o percentual de médicos com depressão está abaixo do observado por Aragão et al.⁸ em estudo semelhante realizado com médicos da ESF de Aracajú/SE. Também destoa com valores inferiores quando comparado a estudo realizado por Amaral et al.,¹¹ com percentual de sintomas depressivos de 26%. Apesar de usar como instrumento de análise o IDB, seu público-alvo eram os acadêmicos de medicina.

Barbosa et al.,¹² utilizando o mesmo instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, considerando os mesmos pontos de corte, identificaram a prevalência de 20% entre médicos da assistência hospitalar. Capitão e Almeida,¹³ utilizando um ponto de corte superior e abordando médicos atuantes em ambulatório, encontraram prevalência de 14% entre médicos.

Na presente pesquisa, os valores baixos da prevalência de sintomas depressivos podem ter relação com a própria coleta de dados em período habitual de festas de final de ano, após férias e no verão. O local de estudo está situado no Vale do Itajaí, a uma latitude de 26°54'28"S e longitude de 48°39'43"W Greenwich. É sabido que em regiões de estações bem definidas pode haver um aumento no padrão sazonal na ocorrência de sintomas depressivos, especialmente no outono e inverno.¹⁴ Ao mesmo tempo, a observação exclusiva de casos leves do evento pesquisado também poderia ser explicada pelos mesmos fatores sugeridos para justificar a baixa prevalência de depressão.

A categoria “sexo” nos participantes da pesquisa revela um achado que não condiz com o encontrado na literatura. A proporção de homens é maior no total de médicos e também entre os médicos com depressão, embora a diferença de depressão entre homens e mulheres não seja alarmante. A diferença de depressão entre homens e mulheres, ou seja, diferença da prevalência de depressão entre os sexos, embora o número da amostra seja pequeno para avaliar significância estatística, é pelo menos razoável (16% homens e 10% mulheres). Tal diferença é evidente mesmo quando considerada a proporção de homens e mulheres entre os casos de depressão (homens 66% contra mulheres 33%), segundo o texto de resultados.

Segundo Cotta et al.,¹⁵ há uma predominância do sexo feminino, de 57%, entre os profissionais da Atenção Básica. A relevância da observação do sexo se dá pela prevalência de depressão em grande parte dos estudos no sexo feminino. Cunha et al.¹⁶ observaram que a depressão esteve associada ao sexo feminino, com uma probabilidade de ocorrência de desfecho 2,38 vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens. Uma das possibilidades de justificativa seria questões socioculturais envolvendo vivências adversas e atributos psicológicos atrelados a uma maior responsabilidade a situações relacionadas ao sexo feminino. Outra possibilidade seriam os aspectos culturais de sexo, já que as mulheres estão mais corriqueiramente em busca de melhorias para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos.¹⁷

Na categoria “sono” os dados obtidos nesta pesquisa sugerem uma relação entre o sono e os sintomas depressivos, o que corrobora com a literatura, uma vez que o tempo de sono diário encontrado é menor no grupo de médicos com sintomas depressivos. Dessa forma, há duas hipóteses dos efeitos: 1) médicos com depressão leve apresentarem como sintoma o quadro de insônia, sendo dessa forma a alteração do sono consequência do quadro psiquiátrico; 2) os sintomas depressivos serem consequência do transtorno do sono.

Esses dados podem refletir tanto dificuldades na questão profissional como pessoal, existindo inúmeros fatores que influenciam, como outros empregos, família ou até mesmo característica pessoal da necessidade de sono. Uma característica do médico da ESF é a previsibilidade dos horários de jornada de trabalho, o que favorece a organização da própria rotina e possibilita que a maioria consiga ter um número de horas de sono adequado.

Contudo, a influência do sono na vida do indivíduo não se limita ao número de horas dormidas diariamente, também se relaciona à qualidade do sono, presença de interrupções e da sensação de sono reparador ao despertar. Cerca de 80% dos casos de depressão associam-se a queixas relacionadas a alterações nos padrões do sono.¹⁸ As alterações do sono como a insônia podem ser um sintoma ou um fator de risco para depressão.¹⁹

Em pesquisa realizada em Minas Gerais com médicos da ESF, os problemas de sono e repouso apresentaram como resultado: 75% “sono muito bom”, aproximando-se da presente pesquisa, e 25% “sono ruim” a “nem ruim nem bom”.²⁰ Dados semelhantes foram demonstrados por Aragão et al.,⁸ em que 74% dos médicos que trabalham na ESF em Aracajú referiram dormir mais do que seis horas por dia. Esses autores também analisaram os médicos com sintomas depressivos, dentre os quais 43% dormem menos do que seis horas ao dia.

Neste estudo, a categoria “satisfação com o trabalho” revelou que um número baixo de médicos da ESF de Itajaí encontra-se insatisfeitos. Dados discordantes foram obtidos no estudo realizado por Miranzi et al.,²⁰ o qual demonstrou que 55%, ou seja, a maioria dos médicos apresentava-se “mais ou menos” e 40% “bastante satisfeitos” e “satisfeitos” com o trabalho. Os autores citam como possibilidade de causas da insatisfação: o caráter temporário do vínculo empregatício, a remuneração e insegurança física no ambiente de trabalho, e como promotores de satisfação: a motivação e melhor relação médico-paciente.

Os dados demonstram que o número de consultas nas UBS de Itajaí não constitui um problema para propiciar um transtorno depressivo nos médicos da ESF, mas, vale ressaltar que isso varia de profissional para profissional, a depender das características de personalidade e formas de trabalhar de cada um.

Em relação à categoria “problemas de relacionamento”, neste estudo, um número baixo de médicos das equipes de ESF do município afirmou ter problemas. Dessa forma, pode-se aventar a possibilidade de que problemas nos relacionamentos tanto no quesito pessoal quando laboral, com colegas de trabalho ou pacientes, pode estar relacionado com a depressão nos médicos, tanto como fator de predisposição à depressão, como de consequência, devido ao isolamento.

Além disso, pode-se pressupor que os médicos de forma geral possuem menos problemas de relacionamento, melhor rede de apoio, de forma que os auxilia a enfrentar as dificuldades do dia-a-dia de forma mais leve, compartilhando suas angústias e alegrias, com conseqüente menor número de depressão.

Médicos com relacionamentos sociais satisfatórios promovem melhor qualidade das atividades prestadas, com melhor desempenho dos atendimentos e processo de trabalho em saúde.²⁰ Em contrapartida, médicos se divorciam dez a 20% mais do que a população geral e entre os casais com pelo menos um médico que permanecem juntos, o casamento é mais infeliz.

Especula-se que esses dados podem relacionar-se com o fato de que médicos se concentram em superar obstáculos como vestibular, faculdade, residência médica, o que pode levá-los a adiarem os prazeres da vida que outras pessoas desfrutam. Para muitos, o trabalho está em primeiro lugar, o que pode ajudá-los a evitar a intimidade e, conseqüentemente, gerar tensão nas relações íntimas.²¹

Pesquisa realizada com médicos de ESF em Recife/PE aponta que os médicos conversam com amigos e pessoas da família para reduzir os efeitos do desgaste crônico, dentre outros recursos como religião, deitar para relaxar, shopping, exercício físico, livro de autoajuda, música, medicamentos.²² No mesmo estudo, considera-se que apesar do desgaste e insatisfação atingirem praticamente todos os médicos, existe uma maior propensão a “ir levando” aquilo que creem ser difícil de transformar no trabalho entre aqueles que compartilham as dificuldades do trabalho com a equipe. Em contrapartida, os médicos referem que o difícil relacionamento na equipe é uma entre outras justificativas para a rotatividade no trabalho.

Pesquisa realizada por Gonçalves et al.²³ aponta que os médicos na Atenção Básica enfrentam um excesso de demanda de trabalho, o que acarreta prejuízos à qualidade do atendimento à comunidade e interfere na relação médico-paciente. Além disso, referem que a realização profissional parcial aliada ao limitado reconhecimento do médico pela população e outros médicos culminam em grande rotatividade devido ao desestímulo em permanecer, o que é um obstáculo à criação de vínculo adequado e duradouro com a comunidade.

Em contrapartida, referem que as visitas domiciliares tornam mais fortes o vínculo médico-paciente. Além disso, a maioria dos médicos considera o relacionamento com a equipe excelente e, consequentemente, a boa comunicação no trabalho favorece uma visão integral dos pacientes através da troca de experiências.

Ademais, a multidisciplinaridade que possibilita a implementação de melhores estratégias de ação ao incorporar diversos pontos de vista e, ainda, que o trabalho em equipe facilita racionalizar o atendimento do paciente, com diminuição relativa da sobrecarga do médico e abrangência de um número maior de pessoas.

Na categoria “atividade física”, neste estudo, 17 médicos informaram não praticar nenhum tipo de exercício, enquanto 28 assinalaram ser praticantes, respectivamente, 37% da amostra eram médicos sedentários e 62% se diziam ativos. Estudo realizado por Torres et al.,²⁴ que buscava avaliar a qualidade de vida dos médicos considerando dentre os parâmetros para uma vida saudável a “prática de atividade física”, obteve que 44% referiram praticar atividades físicas pelo menos três vezes por semana, enquanto 28% negaram praticar qualquer atividade regularmente.

A análise deste perfil é essencial, pois o exercício físico constitui uma das possíveis intervenções psicossociais no tratamento e prevenção da depressão, pois reduz o risco da diminuição funcional e da mortalidade, com a melhora da saúde física e psicológica, aumenta a resistência e o sistema imunológico.²⁵ Estudo com trabalhadores da APS, em 240 UBS de 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil identificou que o sedentarismo nas equipes foi de 27%, significativamente maior entre os médicos (43%) e menor entre os Agentes Comunitários de Saúde (14%).²⁶

Estudo epidemiológico Hamer et al.²⁷ identificou que o risco de desenvolver sintomas depressivos foi reduzido em 22% em indivíduos fisicamente ativos, apostando que os mecanismos responsáveis por essa mudança benéfica estão relacionados tanto a aspectos psicológicos (distração, melhora do humor, autoestima e interação social) quanto ao aumento da liberação de monoaminas e endorfinas.

Analisando os médicos com sintomas depressivos, constatou-se que 83% não praticavam atividade física e, portanto, estariam deixando de realizar uma importante terapia complementar no tratamento de depressão, o que lhes traria possivelmente um sentimento de bem-estar e melhora da saúde mental. A prática de atividade física regularmente é fator protetor contra doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, obesidade e quadros de depressão e ansiedade.²⁸

A categoria “antecedentes psiquiátricos” neste estudo apresenta um número baixo de participantes com tais características. Tratando especificamente dos médicos com sintomas depressivos, a grande maioria não declarou qualquer tipo de antecedente. Estudo em Portugal, usando o IDB, aplicado a residentes de Medicina Familiar e Comunitária, obteve de forma indireta a história de antecedentes psiquiátricos, por meio da identificação do uso de antidepressivos em 7% dos entrevistados.²⁹

Pacientes com antecedentes psiquiátricos tendem a ter desde sintomas leves até sintomas clássicos e o risco de recorrência e cronicidade aumenta proporcionalmente em função da gravidade da doença prévia. De modo semelhante, Burcusa e Iacono³⁰ afirmam que a depressão tem um alto risco de recorrência ao longo da vida, chegando a valores próximos a 50% para um novo episódio.

Conclusão

Conclui-se que os médicos das equipes de ESF de Itajaí/SC relataram horas satisfatórias de sono, um número adequado de consultas, satisfação com o trabalho, ausência de problemas de relacionamentos, prática de atividade física e não possuem antecedentes psiquiátricos relatados. Do mesmo modo, foram poucos e leves os sintomas depressivos identificados. Contudo, não significa que a permanente problematização de estratégias de cuidado com os profissionais de saúde deva ser assunto de menor atenção.³¹

Deve-se considerar, dadas as limitações, já citadas na discussão, que o método utilizado no estudo se afastou das taxas identificadas em estudos semelhantes. Ressalta-se a necessidade de informações mais detalhadas como: idade, especialidade, tempo de atuação naquela mesma ESF, tempo de atuação na atenção básica, residência em curso, tabagismo (com intensidade do uso, tempo, tentativa de abstinência), alcoolismo (com intensidade do consumo, tempo, tentativa de abstinência) e uso de antidepressivo. Seriam pertinentes também questões que conseguissem abordar mais fatores predisponentes, fatores protetores, estratégias de prevenção e de intervenção autopercebidas.

Os dados obtidos foram categorizados a partir de indicadores padronizados para o IDB, podendo ter limitações, por exemplo, pessoas depressivas podem não ter vontade de responder ou ter sua capacidade de resposta influenciada pela condição psicológica de maneira que os resultados possam ser subestimados, ou ainda, os valores padronizados para categoria podem superestimar ou subestimar as prevalências.

Por fim, seria oportuno também expandir o trabalho com estudos adicionais para populações diferentes, regiões diferentes, culturas próprias de cada localidade, dada à diversidade do Brasil, possibilitando identificar semelhanças e diferenças e analisar dados de maior ou menor prevalência de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família.

Referências

1. World Health Organization. Health topics: Depression [Internet]; 2015 [Acesso 2015 Ago 1]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/depression/en>
2. Fleck MPA, Lager B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(2):114-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013>
3. Razzouk, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(4):845-8. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>
4. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):131-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100014>
5. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):426-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>
6. Carreiro GSP, Ferreira Filha MOF, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(1):146-55. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
7. Gomes AL, Lima Neto PJ, Silva VLA, Silva EF. O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba – Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2011;15(3):265-76. <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.03.02>

8. Aragão JA, Andrade ML, Mota MIA, Aragão MEC SA, Reis FP. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(4):341-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000043>
9. Gandini RC, Martins MCF, Ribeiro MP, Santos DTG. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF.* 2007;12(1):23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000100004>
10. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-7.
11. Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP, Pícolo PP, Teles TBG, Oliveira PM, et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(2):124-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300008>
12. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(3):515-22. <http://dx.doi.org/10.5902/217976925910>
13. Capitão CG, Almeida FP. A incidência de depressão entre médicos que exercem suas atividades clínicas em ambulatórios. *Psicol Hosp.* 2006;4(2):1-12 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200005
14. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(Suppl 1):6-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
15. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006;15(3):7-18. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>
16. Cunha RV, Bastos GAN, Del Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):346-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
17. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):368-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>
18. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(7):1037-59.
19. Saraiva EM, Fortunato JMS, Gavina C. Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Rev Port Psicossom.* 2005;7(1-2):89-100 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770207>
20. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Méd Minas Gerais.* 2010;20(2):189-97 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/312>
21. Miller MN, McGowen KR. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;93(10):966-73 [Acesso 2017 Abr 10]. <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-200010000-00004>
22. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho WS. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(8):3373-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>
23. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):382-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>
24. Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):264-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200008>
25. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciênc Cogn.* 2006;7(1):111-21 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000100010&lng=pt&nrm=iso
26. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):503-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>

27. Hamer M, Endrighi R, Poole L. Physical Activity, Stress Reduction, and Mood: Insight into Immunological Mechanisms. *Methods Mol Biol.* 2012;934:89-102. https://doi.org/10.1007/978-1-62703-071-7_5
28. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Ver Bras Epidemiol.* 2010;13(3):387-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300003>
29. Gomes ARM. Prevalência de depressão nos internos de medicina geral e familiar da região sul de Portugal Continental: um estudo multicêntrico. *Rev Port Med Geral Fam.* 2016;32(1):48-54 [Acesso 2017 Abr 4]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
30. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(8):959-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
31. Garcia Jr CAS, Duarte MJO. Epidemia de depressão: algumas implicações sobre a medicalização da vida. In: Oliveira WF, Pitta AMF e Amarante P, orgs. *Direitos Humanos e Saúde Mental.* São Paulo: Hucitec; 2017. p. 197-221.

Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC)

Black Population Health: how black and brown people born, live and die in Florianopolis (SC)

Salud de la Población Negra: cómo nacen, viven y mueren los individuos negros y pardos en Florianópolis (SC)

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos^a
Francis Solange Vieira Tourinho^b

^a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC (SMS-PMF). Florianópolis, SC, Brasil. camilacarvalhoamorim@gmail.com (Autor correspondente)

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. francistourinho@gmail.com

Resumo

Objetivo: Realizar um diagnóstico situacional das condições de saúde da população negra no município de Florianópolis (SC). **Métodos:** Trata-se de estudo do tipo levantamento, descritivo. Os dados dos sistemas de informação em saúde foram consultados nas bases disponíveis (prontuários eletrônicos municipais, dados censitários e TABNET DATASUS estadual e nacional), com análise da variável raça/cor, no período de 2010 a 2016. **Resultados:** Os resultados revelam, na população negra, piores condições de escolaridade e renda, maior proporção de mães adolescentes, menor número de consultas pré-natal, maiores proporções de casos de sífilis em gestantes e tuberculose e menor cobertura de plano privado de saúde. Os pacientes negros frequentaram proporcionalmente mais os Centros de Atenção Psicossocial, em comparação aos atendimentos nos Centros de Saúde. Dentre as três primeiras causas de óbitos que encurtam a vida, AIDS e homicídios aparecem todos os anos dentre a população negra, não aparecendo na população branca. Causas perinatais também aparecem apenas dentre negros. Em 2016, suicídio tornou-se a terceira causa de óbito que encurta a vida na população parda. **Conclusão:** As piores condições de saúde na população negra podem refletir as piores condições socioeconômicas dessa população, bem como o racismo institucional e o mito da democracia racial brasileira.

Palavras-chave: Saúde das Minorias Étnicas; Origem Étnica e Saúde; Disparidades nos Níveis de Saúde; Fatores Socioeconômicos; Indicadores de Morbimortalidade

Como citar: Matos CCSA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1706](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1706)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares. Recebido em: 26/02/2018. Aprovado em: 28/06/2018.

Abstract

Objective: To achieve a situational diagnosis of the health conditions of the black population in the city of Florianópolis (SC). **Methods:** It is a survey-type research, descriptive. Data from the health information systems were consulted in the available databases (municipal electronic records, census data and state and national TABNET DATASUS), analyzing the race/color variable, from 2010 to 2016. **Results:** The results reveal, among black population, worst schooling and income conditions, higher proportion of adolescent mothers, lower number of prenatal consultations, higher proportions of cases of syphilis in pregnant women and tuberculosis, and lower coverage of private health plans. Black patients attended the Psychosocial Care Centers proportionally more than in the Health Centers. Among the three leading causes of life-shortening deaths, AIDS and homicides appear every year among the black population, not appearing in the white population. Perinatal causes also appear only among black people. In 2016, suicide became the third leading cause of death that shortens life in the brown population. **Conclusion:** The worst health conditions in the black population may reflect also the worst socioeconomic conditions of this population and the institutional racism and the myth of Brazilian racial democracy.

Keywords: Health of Ethnic Minorities; Ethnicity and Health; Health Status Disparities; Socioeconomic Factors; Indicators of Morbidity and Mortality

Resumen

Objetivo: Se pretende realizar un diagnóstico situacional de las condiciones de salud de la población negra en el municipio de Florianópolis (SC). **Métodos:** Se trata de estudio del tipo compilación, descriptivo. Los datos de los sistemas de información en salud fueron consultados en las bases disponibles (prontuarios electrónicos municipales, datos censales y TABNET DATASUS estadual y nacional), analizando la variable raza/color, en el período de 2010 a 2016. **Resultados:** Los resultados revelan, en la población negra, peores condiciones de escolaridad y renta, mayor proporción de madres adolescentes, menor número de consultas prenatales, mayores proporciones de casos de sífilis en gestantes y tuberculosis y menor cobertura de plan privado de salud. Los pacientes negros frecuentan proporcionalmente más los Centros de Atención Psicosocial, en comparación a los atendimientos en los Centros de Salud. Entre las tres primeras causas de muertes que acortan la vida, la SIDA y los homicidios aparecen todos los años entre la población negra, no apareciendo en la población blanca. Causas perinatales también aparecen sólo entre negros. En 2016, el suicidio se convirtió en la tercera causa de muerte que acorta la vida en la población parda. **Conclusión:** Las peores condiciones de salud en la población negra pueden reflejar las peores condiciones socioeconómicas de esa población, bien como el racismo institucional y el mito de la democracia racial brasileña.

Palabras clave: Salud de las Minorías Étnicas; Origen Étnico y Salud; Disparidades en el Estado de Salud; Factores Socioeconómicos; Indicadores de Morbimortalidad

Introdução

A história do Brasil, construída sobre as bases da desigualdade, reservou a determinados grupos populacionais um lugar de marginalização às políticas públicas, como é o caso da população negra.^{1,2}

Lopes³ afirma que “indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer”. Neste íterim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge como um instrumento de promoção da equidade no âmbito da saúde brasileira.¹

As diferenças em saúde entre os grupos raciais podem ser encontradas nas mais diversas esferas: menor expectativa de vida na população negra;^{4,5} mais mortes por causas violentas, especialmente entre os jovens, sendo as taxas de homicídio -e feminicídio- crescentes dentre a população negra e decrescentes entre a população branca nos últimos 10 anos;⁶⁻⁸ mais mortes por causa materno-infantil, desnutrição infantil e doenças Infectoparasitárias;⁹ e mais mortes por HIV/AIDS.³

Sabe-se que, a partir do Censo de 2010, a população negra passou a ser a maioria da população brasileira (50,7%).¹⁰ Sabe-se, ainda, que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras.¹¹ No estado de Santa Catarina, onde o estudo foi realizado, a população negra correspondia a 7,52% em 2001, aumentando para 13,97% em 2009.¹⁰

O artigo aborda as diferenças nas condições de saúde com base na raça, visando realizar um diagnóstico situacional das condições de saúde da população negra no município de Florianópolis, tendo em vista a baixa produção científica nesta área científica a nível municipal e estadual.

Métodos

Trata-se de estudo do tipo levantamento descritivo. Os dados secundários foram obtidos a partir de diversas fontes: o Sistema InfoSaúde de prontuários eletrônicos da rede municipal de saúde de Florianópolis; os sistemas de informação disponíveis na plataforma TABNET (Sistema de Informação de Mortalidade -SIM; Sistema de Informação de Nascidos Vivos -SINASC; Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN); dados de inquéritos e pesquisas em saúde, também disponíveis no TABNET DATASUS; a plataforma de informação em saúde disponibilizada no sítio do Governo do Estado de Santa Catarina, que fornece dados de indicadores em saúde por município; e dados sociodemográficos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As variáveis solicitadas à Gerência de Inteligência e Informação da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), dentre os prontuários eletrônicos da rede municipal de saúde, foram todas desagregadas por raça/cor:

1. Número de usuários ativos cadastrados por Centro de Saúde municipal. Foram considerados usuários ativos aqueles que utilizaram o serviço nos últimos três anos.
2. Pessoas com dois ou mais atendimentos no CAPS II – Ponta do Coral, no CAPS Álcool e Drogas - Ilha (CAPS AD Ilha) e no CAPS Álcool e Drogas – Continente (CAPS AD Continente), por Centro de Saúde ao qual estão vinculadas, nos últimos três anos.
3. Total de consultas médicas e odontológicas, em um período de 10 anos (2007 a 2016).
4. Exames citopatológicos e de mamografia, por ano, em um período de 10 anos (de 2007 a 2016).

Não foi possível estabelecer a linha cronológica de 10 anos, como previsto, porque houve uma mudança importante na base de dados dos prontuários entre 2009 e 2010. Assim, só foram cedidos às pesquisadoras os dados de 2010 a 2016.

Nos demais sistemas de informação supracitados, procurou-se, em todos os dados disponíveis, a variável raça/cor. Com grande frequência, essa variável não existia ou estava 'ignorada' na quase totalidade dos dados, impossibilitando sua análise.

Dentre os dados dos inquéritos e pesquisas disponíveis no DATASUS, apenas a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apresentava dados possíveis de serem utilizados.

Os dados são referentes ao município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, que apresenta Atenção Primária à Saúde estruturada em Centros de Saúde com Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 100%. Conta ainda com quatro policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial (sendo um CAPS II e dois CAPS Álcool e Drogas) e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os hospitais da cidade são de administração estadual. O período de estudo foi 2010 a 2016, quando foi possível estabelecer essa linha cronológica.

A amostra foi de base populacional com a inclusão de todos os indivíduos negros residentes em Florianópolis. Define-se como negro todo indivíduo com cor de pele preta ou parda.

Os dados secundários foram organizados em um banco de dados em planilhas do programa *Microsoft Excel*[®]. A análise foi realizada mediante estatística descritiva (frequências absoluta e relativa).

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos pelo parecer nº 2.270.572, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Resultados

Segundo números do IBGE, com base nos dados censitários de 2010, a estimativa populacional para Florianópolis em 2016 era de 477.798 habitantes. Os últimos dados de distribuição populacional por raça/cor são de 2012, quando a população negra representava 14,67% da população - 4,95% preta e 9,72% parda.

Dados gerados pelo Sistema InfoSaúde

De acordo com os dados obtidos no sistema de prontuário eletrônico da Prefeitura Municipal de Florianópolis (sistema *InfoSaúde*), dos usuários ativos nos Centros de Saúde municipais 11,18% são negros, sendo 4,94% pretos e 6,24% pardos. Os cinco Centros de Saúde com maior concentração de usuários ativos negros são: Monte Cristo (35,53%), Monte Serrat (33,68%), Vila Aparecida (29,91%), Novo Continente (24,06%) e Agrônômica (23,49%).

A porcentagem de usuários negros em consultas médicas e odontológicas realizadas de 2010 a 2016 nos Centros de Saúde foi proporcional à representação dessa população dentre a geral, bem como os números de mamografia e citopatológico do colo do útero solicitados (Tabela 1).

Tabela 1. Número de consultas médicas e odontológicas realizadas nos Centros de Saúde municipais e número de exames de mamografia e citopatológico do colo do útero solicitados nessas unidades, por raça/cor, de 2010 a 2016, no município de Florianópolis-SC.

Raça/Cor	Consultas médicas	Consultas odontológicas	Mamografia diagnóstica	Mamografia rastreamento	Citopatológico (colo do útero)
Branca	4.530.843	271.564	6.955	63.802	110.935
Preta	294.891	22.571	488	4.271	9.245
Parda	304.106	22.835	423	3.452	8.792
Amarela	32.769	1.907	60	464	948
Indígena	4.866	382	14	78	145
Total	5.168.019	319.295	7.940	72.069	130.066
População negra (%)	11,59%	14,22%	11,47%	10,72%	13,87%
Varição entre os anos (%)	11,31 a 14,46	13,57 a 14,81	10,06 a 11,83	10,14 a 11,40	13,42 a 14,42

Fonte: Dados do Sistema InfoSaúde. Tabela construída pela autora.

Encontrou-se ainda que a porcentagem de pacientes negros nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é maior que a proporção geral na rede municipal de saúde. A proporção de negros atendidos no CAPS AD Continente chega a ser o dobro da proporção de negros atendidos nos Centros de Saúde. Também chama a atenção que, apesar de a população preta ser estimada em metade da população parda pelo IBGE, ela representa em todos os CAPS uma porcentagem maior do que a população parda (Tabela 2).

Tabela 2. Usuários ativos negros e negros nos Centros de Saúde e nos CAPS II, CAPS AD Continente e CAPS AD Ilha no município de Florianópolis-SC.

Raça/cor	Centros de Saúde (ESF)	CAPS II	CAPS AD Continente	CAPS AD Ilha
Preta (%)	4,94	8,19	11,55	7,58
Parda (%)	6,24	7,88	10,45	7,58
População negra (%)	11,18	16,07	22	15,16

Fonte: Dados do Sistema InfoSaúde. Tabela construída pela autora.

Dados dos sistemas de informação disponíveis no TABNET/DATASUS

Indicadores e dados básicos

Apenas os dados demográficos e socioeconômicos contavam com variável raça/cor, sendo os últimos números de 2010.

A taxa de analfabetismo na população geral com idade igual ou superior a 15 anos foi de 1,94%. Para a população branca, essa taxa era de 1,63%, enquanto para as populações preta e parda era 3,51 e 3,95%, respectivamente.

Quanto à escolaridade, 60,18% da população branca possuía fundamental completo ou superior, contra 49,68% dos pretos e 45,34% dos pardos. Dentre a população preta, 23,68% não tinha nenhuma escolaridade ou 1º fundamental incompleto. Dentre a parda, esse grupo representava 25,37%.

Em 2010, 13,59% da população preta e 15,32% da população parda viviam com renda inferior a meio salário mínimo. Esses números eram maiores quando tratava-se de crianças: 29,04% das crianças pretas e 25,77% das pardas vivam em situação domiciliar de baixa renda.

A renda média domiciliar per capita era estimada em R\$ 1.770,29 para a população geral, R\$ 1.911,99 para a população branca, R\$ 883,41 para a população preta e R\$ 954,11 para a população parda.

Estatísticas vitais

Os dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) apresentam variável raça/cor, porém, a partir de 2011, todos constam como “ignorados”.

Em 2010, a maioria dos nascidos brancos nasceu por parto cesárea (56,02%). Já dentre a população negra, a maioria dos pretos (56,96%) e pardos (63,74%) nasceu de parto vaginal.

Dentre as mães dos nascidos vivos negros, 70,75% tinha idade inferior a 29 anos enquanto 41,94% dos nascidos vivos brancos tinham mãe com mais de 30 anos de idade. A taxa de mães de 10 a 14 anos de idade para a população total foi 0,68%, sendo 0,59% dentre os nascidos brancos e 3,77% dentre os nascidos pretos.

Em 2011, a porcentagem de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal foi 1,23% para a população geral; 1,31% para a população branca; e 3,85% para a população parda. A maioria dos nascidos brancos teve sete ou mais consultas pré-natal (71,68%), contra 48,08% dos pardos e 61,11% dos pretos. Quanto à escolaridade materna, em 2010, 45,11% das mães de nascidos brancos tinha 12 anos ou mais de estudo, contra 25,32% das mães de nascidos pretos e 21,98% das de nascidos pardos. A maior porcentagem de mães de nascidos pretos se concentrava entre quatro e sete anos de estudo (36,71%).

Entre 2010 e 2016, para o indicador de mortalidade “APVP” (Anos Potenciais de Vida Perdidos), houve diferenças significativas: dentre as três principais causas, predominam dentre a população branca causas como infarto, acidente vascular encefálico (AVE) e câncer. Dentre a população negra, em todos os anos estudados, AIDS ou homicídios eram uma das três principais causas. Chama a atenção que AIDS, homicídios e causas perinatais aparecem apenas dentre as principais causas na população negra. Chama a atenção, ainda, que, em 2016, suicídio torna-se a terceira principal causa de morte APVP dentre a população parda (Quadro 1).

Quadro 1. Principais causas de morte que encurta a vida (APVP), por raça/cor, de 2010 a 2016, em Florianópolis-SC.

Ano	1ª causa APVP			2ª causa APVP			3ª causa APVP		
	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda
2010	DIC	DIC	DIC	DCV	AIDS	Homicídio	CA de traqueia, brônquios e pulmão	Homicídio	AIDS
2011	DIC	DIC	DIC	DCV	AIDS	Homicídio	CA de traqueia, brônquios e pulmão	DCV	DCV
2012	DIC	DIC Homicídio	Homicídio	DCV	DM DCV PNM	DIC	CA de traqueia, brônquios e pulmão	Perinatais	Acidente de trânsito/ transporte
2013	DIC	DIC AIDS	DIC	DCV	DCV	Homicídio	CA de traqueia, brônquios e pulmão	Homicídio	AIDS Acidente de trânsito/ transporte
2014	DIC	Homicídio DCV	DIC	DCV	DIC	Homicídio	CA de traqueia, brônquios e pulmão	DM	Acidente de trânsito/ transporte
2015	DIC	DIC	Homicídio	DCV	AIDS	Acidente de trânsito/ transporte	PNM	CA de traqueia, brônquios e pulmão	DIC
2016	DIC	DIC	Homicídio	DCV	PNM	DIC	PNM	Homicídio	Suicídio DCV

DIC: doença isquêmica do coração; DCV: doença cerebrovascular; DM: diabetes mellitus; PNM: pneumonia; CA: câncer. Fonte: Dados do Governo do Estado de Santa Catarina. Quadro construído pela autora.

Em 2010, para cada óbito APVP na população parda, 22,9 anos de vida foram perdidos. Esse número foi praticamente mantido em 2016: 22,8 anos. Dentre a população branca, perdia-se 11,5 anos potenciais por óbito, em 2010, passando para oito anos em 2016.

Estatísticas epidemiológicas

Apenas o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) contava com quesito raça/cor e dados possíveis de utilização, porém o SINAN-AIDS encontrava-se em manutenção durante todo o processo de coleta de dados.

Os últimos dados de sífilis em gestantes são de 2013 e revelam que as taxas de casos para 100.000 habitantes dentre a população negra são superiores às da população branca. Os dados seguem o mesmo padrão para os casos de tuberculose, cujos últimos dados são de 2015 (Tabela 3).

Tabela 3. Taxa de sífilis em gestantes e tuberculose por 100.000 habitantes*, por ano de diagnóstico ou ano de notificação, por raça/cor em Florianópolis-SC.

	Sífilis em gestantes		Tuberculose	
	Ano de diagnóstico		Ano de notificação	
Raça/cor	2010	2013	2010	2015
Branca	1,97	2,54	69,38	92,27
Preta	10,87	-	315,47	219,14
Parda	-	4,75	100,78	95,01
População negra	3,33	3,14	166,59	136,91
Total	2,15	2,54	85,49	100,89

Fonte: Dados do TABNET DATASUS. Tabela construída pela autora. * Cálculo com base na população do município por raça/cor nos anos de 2010 e 2012 (último ano disponível).

Dados de inquéritos e pesquisas

A PNS 2013 mostrou que 51,5% da população branca do município possuía plano de saúde privado, enquanto as taxas para população preta e parda eram, respectivamente, 23,5% e 30,6%.

Apenas 27,71% da população branca referiu recorrer à Unidade Básica de Saúde como local de primeiro atendimento quando da necessidade de um serviço de saúde. Para as populações preta e parda, essa porcentagem foi de 59,07% e 51,10%, respectivamente.

Discussão

Resumo dos principais achados

A proporção de pacientes negros atendidos nos CAPS é superior à proporção da população negra geral no município, chegando a representar o dobro dos atendimentos realizados em relação aos Centros de Saúde. A população preta, mesmo equivalendo à metade da parda, corresponde a mais atendimentos nos CAPS do que essa.

A taxa de analfabetismo é 2,3 vezes maior dentre a população negra em relação à branca e a renda média domiciliar per capita é 2,1 vezes menor na população negra. Mais de ¼ das crianças negras vivem em situação de pobreza (renda inferior a meio salário mínimo).

Dentre a população branca, predominam os partos cesáreos (56,02%) enquanto para a população preta e parda predomina o parto vaginal (56,96% e 63,74%, respectivamente). Mais de 40% das mães brancas tinham mais de 30 anos de idade, enquanto 70,75% das mães negras eram adolescentes e adultas jovens. A taxa de mães de 10 a 14 anos de idade entre pretos é 6,4 vezes maior que entre brancos.

O número de mulheres com nenhuma consulta pré-natal é 2,9 vezes maior dentre os pardos em comparação com os brancos. Mais de 70% dos brancos apresentaram sete ou mais consultas pré-natal, contra menos da metade dos pardos.

A cada óbito por causa que encurta a vida em uma pessoa parda são perdidos 22,8 anos de vida potenciais; em uma pessoa branca, são perdidos 8 anos. AIDS e homicídios aparecem todos os anos como uma das três primeiras causas de óbitos APVP na população negra. Em 2016, suicídio tornou-se a terceira causa de mortes que encurtam a vida na população parda.

As taxas de sífilis em gestantes são superiores na população negra em relação à branca. A taxa de tuberculose para 100.000 habitantes é 2,37 vezes maior para pretos do que para brancos.

A maioria da população branca tem plano privado de saúde (51,05%) e referiu clínica particular como local de primeiro atendimento. A minoria da população negra possui plano privado de saúde (23,5% dos pretos e 30,6% dos pardos). A maioria dos pretos e pardos refere a Unidade Básica de Saúde como local de primeiro atendimento (59,07% e 51,10%, respectivamente).

Comparação com a literatura já existente

As diferenças socioeconômicas e a vulnerabilidade da população negra são conhecidas,^{4,12} como este estudo corroborou. Porém, esses fatores não são suficientes, por si só, para explicar as disparidades existentes, já que fatores como o racismo institucional e o mito da democracia racial refletem no acesso e qualidade dos serviços prestados a essa população.^{3,13-16}

Soares,¹⁷ em discussão sobre renda e raça, mostrou que, se a discriminação de raça e gênero fosse extinta, mulheres negras ganhariam 60% mais; mulheres brancas 40% mais; e homens negros 10 a 25% mais. Esse e outros trabalhos revelam que a heterogeneidade nos níveis de escolaridade não justifica essas diferenças, sugerindo discriminação salarial.¹⁷⁻¹⁹

A discrepância entre tipo de parto para negras e brancas pode ser explicada por outro dado encontrado neste trabalho: brancos recorrem mais a clínicas privadas, onde são realizadas as maiores taxas de cesariana.²⁰

A chance de pré-natal inadequado, ou seja, que não segue as recomendações do Ministério da Saúde para número mínimo de consultas, exames complementares e orientações adequadas à gestante, é conhecidamente maior na população negra, como encontrado neste trabalho, mesmo com a estratificação das características socioeconômicas. Esse fato se reflete em outro dado: causas perinatais aparecem como uma das três principais causas que encurtam a vida da população negra em 2012. A taxa de mortalidade materna é um indicador de falha na assistência obstétrica. Dados das capitais brasileiras mostram taxa de mortalidade materna cerca sete vezes maior dentre mulheres negras em relação às brancas.^{9,21-23}

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos/APVP é uma interessante ferramenta para avaliar morte prematura e iniquidades em saúde.^{24,25} Em São Paulo, um estudo sobre as causas de morte revela que, dentre a população negra, chamam atenção as causas evitáveis, cujo desfecho para óbito o autor considera “estranho, senão repugnante”. Por fim, conclui que “a morte negra é uma vida desfeita, e não um fim de vida”.²⁶

Nos Estados Unidos, estatísticas mostraram que doença cardíaca foi a primeira causa de morte dentre brancos e negros. Chama a atenção que homicídio foi a sétima causa de morte na população negra, não aparecendo dentre as 10 primeiras causas de morte nos demais grupos raciais.²⁷

É conhecido que o risco de óbito por homicídio é superior para a população negra, pobre e periférica.^{6-8,28-30} Também já foi relatado que os anos potenciais de vida perdidos nas mortes negras são inúmeras vezes maiores do que nas brancas, como encontrado neste artigo.³¹

São diversas as teorias e hipóteses sobre a violência e seu papel social e político. Jaime Amparo-Alves, dissertando sobre que racionalidade justifica (ou até mesmo torna aceitável) a distribuição desigual da morte em certos territórios, traz à tona os conceitos de biopoder (de Michael Foucault) e de necropolítica de (Achilles Mbembe), levantando o racismo como instrumento ideológico de controle populacional.

Traz ainda o conceito de Giorgio Agamben intitulado *homo sacer*, aquele em situação de permanente exclusão (de humanidade e direitos mínimos de cidadania), que conseqüentemente também o coloca em uma zona de indistinção entre sacrifício e homicídio, pois sua existência perante as relações de poder está em posição de precariedade.³²

Alguns estudos associam raça a saúde mental, tendo a população negra maior tendência a esses transtornos,³³⁻³⁵ realidade encontrada no fato de suicídio figurar entre as 3 principais causas de morte na população parda em 2016. Nos Estados Unidos, dentre adolescentes negros e negras de 15 a 29 anos, suicídio chega a ser a terceira causa de morte.³⁶ A desproporção entre a porcentagem de pacientes negros nos Centros de Saúde com relação aos CAPS também pode ser justificada por essa associação (raça e saúde mental).

Considerando que a população branca utiliza mais serviços particulares de saúde, também pode se levantar a hipótese de que utilizem os Centros de Saúde devido à capital estudada ser referência em APS e ter 100% de cobertura, de qualidade reconhecida; porém não utilizem os CAPS quando da necessidade de atenção à saúde mental, e recorram à rede privada.

Uma possível explicação para a desproporção de pacientes negros no CAPS Álcool e Drogas Continente é o fato de que este Distrito concentra a população negra: três dos cinco Centros de Saúde com mais usuários negros estão no Continente. Porém, diversos trabalhos explicam a propensão da população negra ao envolvimento com drogas, associando à exposição a violência, a discriminação vivida e às maiores condições de vulnerabilidade.^{34,37,38}

Outra possibilidade para justificar a desproporção de usuários negros nos CAPS em relação aos Centros de Saúde é a de que essa população esteja tendo menos acesso às unidades básicas, afinal de contas diversos estudos revelam as diferenças no acesso e tratamento recebido nos serviços de saúde, bem como a existência de discriminação nos mesmos.³⁹⁻⁴¹

Os processos discriminatórios criam limitações aos indivíduos que os vivenciam e podem desencadear problemas de saúde por si só, tendo impactos na autoimagem e no senso de integridade.^{40,42,43} Assim, a exposição ao racismo também é um fator que determina a saúde e o bem-estar - ou a ausência deles,⁴⁴ o que pode explicar por que a população preta (mais fenótipo negro e pele mais escura) frequenta proporcionalmente mais os CAPS do que a população parda.

As taxas de incidência e mortalidade por doenças infecciosas/transmissíveis, como tuberculose e HIV/AIDS, são maiores na população negra, em parte por causa das condições socioeconômicas às quais estão relacionadas. Mulheres e homens negros morrem três vezes mais por tuberculose do que os brancos.^{9,34} Esse fato pode justificar os dados apresentados na Tabela 3 (casos de sífilis em gestantes e tuberculose no município), tratando-se de uma hipótese, tendo em vista que este é um trabalho descritivo. Observa-se que não houve casos de sífilis em gestantes dentre mulheres pardas em 2010 e dentre mulheres pretas em 2013, mas, ainda assim, o dado para mulheres negras supera o mesmo para mulheres brancas. Uma hipótese já antes comentada é a baixa qualidade no preenchimento dos dados nos sistemas de informação.

A mulher negra, que ocupa a mais baixa escala de valorização social, tem fator de risco para exposição ao HIV apenas por ser negra, considerando a maior vulnerabilidade e menor autonomia sobre seu corpo e anticoncepção.^{45,46}

Um estudo de 2017 revela o impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre a redução da mortalidade por causas evitáveis na população negra após 13 anos de implantação do programa: redução de 27,5% na mortalidade por doenças infecciosas e de 19,3% de diabetes na população negra, além de diminuição de 17,9% nas mortes por deficiências nutricionais e anemia nas crianças menores de cinco anos,⁴⁷ o que sugere o papel essencial da Atenção Primária à Saúde no cuidado integral e na concretização da real equidade em saúde.

Implicações para pesquisa na área/prática profissional

O trabalho tem implicações diretas para a pesquisa nesta área temática, tendo em vista a necessidade de levantamento de dados. As pesquisas na área ainda são incipientes e os dados ainda são poucos, em quantidade e qualidade. Além disso, por meio da revelação de disparidades em saúde para grupos raciais diferentes, visa-se sensibilizar os profissionais da saúde e gestores para a importância de se debater esse tema.

Fortalezas e limitações

A principal fortaleza do trabalho é seu vanguardismo, tendo em vista poucos trabalhos na área da saúde foram realizados utilizando variável raça/cor no município de Florianópolis. A pesquisa ampla, incluindo todos os bancos de dados disponíveis, também constitui-se em ponto forte.

A principal limitação foi a ausência da variável raça/cor nos sistemas de informação. Além disso, a forma de classificação racial diferia entre os bancos de dados utilizados: os dados do IBGE contam com autodeclaração; já nos dados do Sistema InfoSaúde e de declarações de nascidos vivos e óbito, por exemplo, geralmente a raça/cor é informada pelo profissional (administrativo ou da saúde) que os preenche.

Conclusão

As discrepâncias nas condições de saúde da população negra, quando comparadas com a população geral ou branca, podem ser reflexos não apenas das piores condições socioeconômicas, mas também da maior dificuldade de acesso e permanência nos serviços de saúde, determinada pela discriminação que o racismo institucional e o mito da democracia racial reproduzem. Estudos com metodologia adequada são necessários para avançar na causalidade entre esses fatores.

As dificuldades em produzir dados na área temática de Saúde da População Negra, algumas das quais encontradas nesse trabalho, são muitas: desde a conceituação de “ser negro” e do que é “raça” ou “cor” até a qualificação de preenchimento das fichas que alimentam os sistemas de informação. A própria introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde brasileiros é muito recente. E, mais grave que isso, muitos deles sequer têm quesito raça/cor até os dias atuais, como é o caso do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Assim, as iniquidades em saúde aqui apontadas reforçam a necessidade de dados de qualidade e também de maiores pesquisas na área, que embasem a definição de políticas públicas específicas.

Esta pesquisa não contou com nenhum tipo de financiamento externo por órgãos, instituições ou pessoas físicas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_nacional_saude_pop_negra.pdf
3. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista LE, Kalckmann S. Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo, Instituto de Saúde, 2005. p. 53-101.
4. Lopes F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1595-601. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>
5. Faustino DM. Equidade racial nas políticas em saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 98-120.
6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO; 2015.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO; 2015.
8. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO; 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Indicadores sociais mínimos [acesso 2017 Out 4]. In: Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtml
11. Pinheiro L, Fontoura N, Prata AC, Soares V. Retrato das desigualdades [publicação na internet]. Brasília: IPEA e UNIFEM; 2006 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/segundaedicao.pdf>

12. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Situação social da população negra por estado [publicação na internet]. Brasília: IPEA; 2014 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-pesquisas/situacao-social-da-populacao-negra-por-estado-seppir-e-ipea>
13. Munanga K. Superando o racismo na escola. 3a ed. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
14. da Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 37-48.
15. Munanga K. Cotas para negros. In: Ata do ciclo de debates da Assembléia Legislativa de Minas Gerais. 2012 Maio 13; Belo Horizonte, MG, Brasil.
16. de Araújo EM, Costa MCN, Noronha CV, Hogan VK, Vines AI, de Araújo TM. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso 2017 Nov 29];7(40):116-21. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215105005>
17. Soares S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. Bol Mercado Trab Conjunt Anál [Internet]. 2000 [acesso 2017 Nov 29];13:45-51. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5729/1/bmt_n.13_discrimina%C3%A7%C3%A3odege.pdf
18. Martins RB. Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Serie Políticas Sociales 82) [Internet]; 2004 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/6072-desigualdades-raciais-politicas-inclusao-racial-sumario-experiencia-brasileira>
19. Lamarca G, Vettore M. A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010. In: Determinantes sociais da saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde [Internet]. 2012 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em <http://dssbr.org/site/2012/01/a-nova-composicao-racial-brasileira-segundo-o-censo-2010/>
20. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 29];30 Suppl:S101-S116. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
21. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso 2017 Nov 29];33(Suppl1):e00078816. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>
22. Howell EA, Zeitlin J, Hebert P, Balbierz A, Egorova N. Paradoxical trends and racial differences in obstetric quality and neonatal and maternal mortality. Obstet Gynecol [Internet]. 2013 [acesso 2017 Nov 29];121(6):1201-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23812453>
23. Chorl D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso 2017 Nov 29];21(5):1586-94. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2005.v21n5/1586-1594/pt/>
24. Johansen JD, Smith E, Juel K, Rosdahl N. The Aids epidemic in the city of Copenhagen, Denmark: potential years of life lost and impact on life expectancy. Scand J Public Health [Internet]. 2005 [acesso 2017 Nov 29];33(3):222-7. <http://dx.doi.org/10.1080/14034940510005671>
25. Lam LT. Different quantitative measures of the impact of premature deaths on the community. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2004 [acesso 2017 Nov 29];28(6):555-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00046.x>
26. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso 2017 Nov 29];38(5):630-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
27. Heron M. Deaths: leading causes for 2012. National Vital Statistics Reports [Internet]. 2015 [acesso 2017 Nov 29];64(10):1-93. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_10.pdf
28. Soares Filho AM, de Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, da Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2007 [acesso 2017 Nov 29];16(1):7-18. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000100002>
29. Calazans ME, Souza BS, Moitinho KMS, Cardoso CR, Casais Neto R. A espacialização da morte e padrões mórbidos de governança espacial: homicídios de jovens em Salvador 2010-2015 [Internet]. Cad CEAS Rev Crít Humanidades. Salvador: CEAS. 2016 [acesso 2017 Nov 29];238:568-94. Disponível em: <https://cadernosdoceas.uccsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/248>
30. Walker GN, McLone SMPH, Mason M, Sheehan K. Rates of firearm homicide by Chicago region, age, sex, and race/ethnicity, 2005-2010. J Trauma Acute Care Surg [Internet]. 2016 [acesso 2017 Nov 29];81(4):S48-S53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.10.036>
31. de Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, de Araújo TM, de Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso 2017 Nov 29];43(3):405-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300003&script=sci_abstract&lng=pt

32. Amparo-Alves J. Necropolítica racial: a produção espacial da morte na cidade de São Paulo. *Rev ABPN* [Internet]. 2010 [acesso 2017 Nov 29];1(3):89-114. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/276/256>
33. Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Nov 29];194:159-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
34. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 2017 Nov 29];10(1):71-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100013>
35. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Suicide Rates for Females and Males by Race and Ethnicity: United States, 1999 and 2014 [Internet]. Center for Disease Control and Prevention; 2016 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/suicide/rates_1999_2014.pdf
36. Crosby A, Molock SD. Suicidal behaviors in the African American Community. *J Black Psychol* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Nov 29];32(3):1-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0095798406290552>
37. de Camargo CL, Santos L, Lacerda RS, Tacci YC. Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 305-20.
38. Shield KD, Gmel G, Kehoe-Chan T, Dawson DA, Grant BF, Rehm J. Mortality and potential years of life lost attributable to alcohol consumption by race and sex in the United States in 2005. *PLoS One* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Nov 29];8(1):e51923. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0051923>
39. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Nov 29];13(2):352-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200016>
40. Xavier EC. O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanos de Porto Alegre. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 193-208.
41. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, dos Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Nov 29];20(6):1909-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
42. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a Stressor for African Americans: A Biopsychosocial Model. *Am Psychol* [Internet]. 1999 [acesso 2017 Nov 29];54(10):805-16. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.805>
43. Franklin AJ, Boyd-Franklin N. Invisibility Syndrome: A Clinical Model of the Effects of Racism on African American Males. *Am J Orthopsychiatr* [Internet]. 2000 [acesso 2017 Nov 29];70(1):33-41. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087691>
44. Utsey SO, Chae MH, Brown CF, Kelly D. Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultur Divers Ethni Minor Psychol* [Internet]. 2002 [acesso 2017 Nov 29];8(4):366-77. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.8.4.367>
45. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Nov 29];25(3):602-18. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627>
46. Souza R, Marinho OFF, Melo KLO. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/AIDS e o recorte racial/étnico: revisão bibliográfica (1995-2009). In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 266-86.
47. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Nov 29];14(5):e1002306. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>

Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil

Report about implementation issues of rapid test for the detection of syphilis in pregnant women in the SUS Primary Care in a city of Southern Brazil

Relato de la dificultad en la implementación de prueba rápida para detección de sífilis en gestantes en la Atención Básica del SUS en un municipio do Sur do Brasil

Deisy da Silva Fernandes Nascimento
Rubiany Caroline da Silva
Débora de Oliveira Tártari
Érika Koch Cardoso

Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil.
deisy.fernandes@unisul.br (*Autora correspondente*);
ruby_caroliny@hotmail.com;
deboratartari_@hotmail.com;
erikakoch@gmail.com

Resumo

Objetivo: Relatar o processo de implementação dos testes rápidos na Atenção Básica no Município de Tubarão. **Métodos:** Relato de experiência baseado nas vivências dos autores e em entrevistas bimestrais aos enfermeiros responsáveis pelas unidades de Estratégia de Saúde da Família e em um hospital através de questionário semi-estruturado, com duração de oito meses. **Resultados:** No ano de 2014, os enfermeiros das unidades de Estratégia de Saúde da Família e de outros serviços de saúde receberam capacitação para execução dos testes rápidos para sífilis em gestantes e consideraram satisfatória. No entanto, apenas um hospital e uma unidade de Estratégia de Saúde da Família implantaram os testes rápidos, as demais justificaram a não implantação principalmente pela falta de infraestrutura e recursos humanos limitados. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que a implantação de testes rápidos para sífilis ainda está em andamento, e exige um grande esforço de vários departamentos do Ministério da Saúde e da prefeitura em parceria.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde; Gestantes; Estratégias; Sorodiagnóstico da Sífilis

Como citar: Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1723](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1723)

Fonte de financiamento: Bolsa Pesquisa do Programa Artigo 171.

Parecer CEP: 659.674 (UNISUL), aprovado em 24/05/2014.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 19/03/2018.
Aprovado em: 02/08/2018.

Abstract

Objective: To report the implementation process of rapid tests in Primary Care at the Tubarão city. **Methods:** Report of experience based on experiences of the authors and in bimonthly interviews to the nurses responsible for the Family Health Strategy and one hospital through a semi-structured questionnaire, with eight months duration. **Results:** In 2014, the nurses of the Family Health Strategy units and of the other health services received training for the execution of rapid tests for syphilis in pregnant women and considered it satisfactory. However, only one hospital and one Family Health Strategy unit implemented the rapid tests, the others justified non-implantation mainly due to lack of infrastructure and limited human resources. **Conclusion:** This study showed that the implementation of rapid tests for syphilis is still ongoing, and requires a great effort of various departments of the Ministry of Health and the city government in partnership.

Keywords: Syphilis, Congenital; Primary Health Care; Pregnant Women; Strategies; Syphilis Serodiagnosis

Resumen

Objetivo: Relatar el proceso de implementación de las pruebas rápidas en la Atención Básica en el Municipio de Tubarao. **Métodos:** Relato de experiencia basado en las vivencias de los autores y en entrevistas bimestrales a los enfermeros responsables por las unidades de Estrategia de Salud de la Familia y uno hospital a través de un cuestionario semiestructurado, con duración de ocho meses. **Resultados:** En el año 2014, los enfermeros de las unidades de Estrategia de Salud de la Familia y de otros servicios de salud recibieron capacitación para la ejecución de las pruebas rápidas para sífilis en gestantes y consideraron satisfactoria. Sin embargo, sólo un hospital y una unidad de Estrategia de Salud de la Familia implantaron las pruebas rápidas, las demás justificaron la no implantación principalmente por la falta de infraestructura y recursos humanos limitados. **Conclusión:** Este estudio demostró que la implantación de pruebas rápidas para sífilis todavía está en curso, y exige un gran esfuerzo de diversos departamentos del Ministerio de Salud y del ayuntamiento en colaboración.

Palabras clave: Sífilis Congénita; Atención Primaria de Salud; Mujeres Embarazadas; Estrategias; Serodiagnóstico de la Sífilis

Introdução

A sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria sexualmente transmissível.¹ Estimativas mundiais sugerem que 1 milhão de gestantes apresentam sífilis, acarretando mais de 300 mil gestações prejudicadas por agravos como casos de natimorto, morte de neonato, prematuridade, baixo peso e sífilis congênita.² Esta realidade é ainda mais preocupante quando percebe-se que aproximadamente 60% dos bebês portadores de sífilis congênita são assintomáticos no primeiro ano de vida, sendo identificados apenas por exames laboratoriais.^{1,3} No Brasil, em 2016, foram notificados 37.436 casos de gestantes infectadas com o *Treponema pallidum*, e esse número vem aumentando desde 2010, o que evidencia a qualidade insatisfatória do pré-natal.^{2,4,5}

O *Treponema pallidum* pode atravessar a barreira placentária e infectar o feto por volta da 14^a semana de gestação. Dependendo da idade gestacional, além do risco de morte do feto ou do neonato, outras manifestações clínicas estão atribuídas à sífilis congênita, tais como hepatomegalia, esplenomegalia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, leucocitose, malformações ósseas e de órgãos vitais, síndrome nefrótica e neurosífilis. Manifestações cutaneomucosas ocorrem em mais de 70% dos infectados, o que salienta a importância do diagnóstico precoce e do tratamento.^{1,3}

O tratamento é feito preferencialmente com penicilina, cuja eficácia está estabelecida pela prática clínica e por estudos clínicos controlados e randomizados.¹ Os efeitos adversos do tratamento medicamentoso são escassos, não superando seus benefícios.⁶ Esses fatos justificam a política de saúde brasileira, suas ações e metas publicadas em 2007 no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que inclui a distribuição dos testes rápidos para detecção de sífilis e HIV como estratégia para captação da gestante, com diagnóstico precoce e oferta de tratamento eficaz.^{4,7}

A portaria nº 3.242/2011 do Ministério da Saúde define as metodologias utilizadas no diagnóstico laboratorial da sífilis, admitindo que deve ser realizado por duas modalidades de ensaio, independentemente da sequência de realização. Esta portaria permite que a investigação comece com o uso de testes rápidos, que são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, não necessitam de estrutura laboratorial complexa.

Devido a tais características, iniciar a investigação com esses testes foi uma estratégia para aumentar a captação de gestantes infectadas a tempo de se prevenir a sífilis congênita. No entanto, existe um questionamento em relação ao início da triagem com o teste rápido, visto que ao realizar um teste treponêmico, como o teste rápido, antes de testes não treponêmicos – como o *Rapid Plasma Reagin* (RPR) ou *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) – pode-se gerar resultados conflitantes com a condição clínica, devido à detecção de anticorpos de memória de infecções prévias.^{7,8}

Considerando o significativo impacto da sífilis congênita sobre a saúde da criança, a existência de um tratamento acessível capaz de prevenir esta infecção, e salientando o recente momento de implantação dos testes rápidos para HIV, hepatites virais B e C e sífilis no pré-natal, pela Rede Cegonha do município de Tubarão, o estudo tem como objetivo acompanhar a etapa inicial da implantação dos testes rápidos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em um hospital de Tubarão, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus obstáculos, e os benefícios esperados. O relato deste processo pode subsidiar o seu aprimoramento, bem como a avaliação inicial de seu custo-benefício.

Métodos

O estudo é um relato de experiência baseado nas vivências dos autores e nas percepções dos enfermeiros responsáveis pelas ESF do município e de um hospital filantrópico, localizados no município de Tubarão, no estado de Santa Catarina. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina – CEP UNISUL, sob o parecer de número 659.674, de 29 de maio de 2014.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, estima-se que o município de Tubarão, localizado ao Sul do Brasil, acomode cerca de 104.457 habitantes.⁹ O município apresenta o comércio como principal atividade econômica, sedia um dos campi da UNISUL, e conta com 30 ESF atuantes e um hospital – Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), vinculados ao SUS, além de outras instituições de saúde não vinculadas ao SUS.

O HNSC é o único com UTI neonatal na região de Tubarão, e atende em média 230 nascimentos por mês. Estes são os estabelecimentos de saúde que receberam do Ministério da Saúde a responsabilidade de contribuir com a ampliação do acesso da população ao diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais por meio de testes rápidos, com enfoque nas ações da Rede Cegonha (gestantes). Os enfermeiros responsáveis por estes estabelecimentos aceitaram participar do estudo, e forneceram as informações apresentadas a seguir. A amostra foi composta por 30 enfermeiros responsáveis pelas ESF e um responsável pelo hospital.

Os dados oriundos das percepções dos enfermeiros foram coletados utilizando-se um questionário semiestruturado (Apêndice A) aplicado bimestralmente aos enfermeiros responsáveis pelos serviços de saúde em visitas dos autores aos ESF e ao hospital vinculados ao SUS durante oito meses (maio a

dezembro de 2014). Estes dados foram somados às vivências dos pesquisadores nos eventos ocorridos ao longo do estudo, tendo um deles atuado como tutor na série de capacitações para testes rápidos realizadas para os enfermeiros.

Entre as questões que foram abordadas no questionário, estão dados quantitativos relativos ao número de pessoas beneficiadas com os testes rápidos para sífilis, HIV, e hepatites virais B e C, e o número de gestantes beneficiadas com o teste rápido para a sífilis. Os dados qualitativos referentes ao treinamento e obstáculos para a realização dos testes rápidos também foram coletadas.

Os dados numéricos coletados foram tabulados com auxílio do *software* Microsoft Office Excel 2007 e os dados descritivos foram agrupados e compilados em texto, de forma associada com a narrativa dos eventos ocorridos durante o estudo com auxílio do *software* Microsoft Word (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA).

Resultados

O processo de Implantação dos Testes Rápidos

Os enfermeiros responsáveis pelas ESF receberam capacitação para executar os testes rápidos entre março e abril de 2014, enquanto os enfermeiros do hospital foram capacitados nos dois meses seguintes. Nesta série de treinamentos realizada por colaboradores do Laboratório Central (Lacen), da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) e da 19ª Regional de Saúde (GERSA) foram capacitados 123 enfermeiros do município de Tubarão. Durante a coleta de dados, foi identificado que dois (6,5%), dos 31 profissionais entrevistados, não participaram da capacitação para a implantação dos testes rápidos, os quais alegaram que não contavam com um profissional substituto para poderem se ausentar no dia previsto, e obtiveram informações a partir de outros profissionais capacitados para implantar o serviço, ou participaram de capacitações em outras datas.

Ao concluir a capacitação, 25 (80,6%) enfermeiros afirmaram que esclareceram todas as dúvidas sobre os agravos abordados e 16 (51,6%) afirmaram que se sentiam seguros para realizar o diagnóstico dos agravos abordados. No entanto, apenas o hospital e o Centro de Atendimento Especializado em Saúde (CAES) implantaram os testes rápidos, no mês de julho e setembro, respectivamente. As demais ESF justificaram a não implantação dos testes rápidos pelos seguintes motivos: 20 (64,5%) não tinham infraestrutura (sala e geladeira) suficientes, 17 (54,8%) não tinham recursos humanos suficientes para esta demanda e 12 (38,7%) não conseguiram compreender/elaborar um fluxo de trabalho, o que trouxe insegurança na definição do seguimento do paciente com teste rápido reagente.

Para sanar as deficiências referidas pelas ESF, a equipe de infectologistas do município, em parceria com o Lacen, a DIVE, e a 19ª GERSA, propuseram uma nova capacitação, realizada em novembro de 2014, na qual apresentaram um protocolo com o fluxo de trabalho e aboliram a exigência de armazenamento dos kits de testes rápidos em geladeira.

Esta medida está baseada na Nota Técnica nº 217 de 2011 do Departamento de DST, AIDS e HEPATITES VIRAIS, que dispõe informações sobre a temperatura de armazenamento e transporte dos kits de testes rápidos, recomenda que os testes sejam mantidos em refrigeração somente em locais que

ultrapassem a temperatura de 30°C e que a temperatura da sala de armazenagem pode ser regulada com aparelhos de ar condicionado. Em contrapartida, o município de Tubarão acordou que, no início de 2015, pelo menos 50% das ESF deveriam estar executando os testes rápidos.

Após o esclarecimento do fluxo de trabalho pelos infectologistas, as ESF justificaram a não implantação do serviço por falta de infraestrutura e recursos humanos, e apenas duas ESF iniciaram a oferta de testes rápidos em meados de dezembro. O número de pacientes beneficiados com testes rápidos no município de Tubarão durante o período de julho a dezembro encontra-se descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Número de pacientes beneficiados com os testes rápidos disponíveis no HNSC e no CAES.

Tipo de teste rápido	HNSC	CAES	Total
Teste rápido para sífilis (não gestantes)	110	8	118
Teste rápido para sífilis (gestantes)	8	-	8
Teste rápido para HIV	227	26	253
Teste rápido para hepatite B	135	5	140
Teste rápido para hepatite C	108	5	113
Total	588	44	632

Fonte: HNSC e CAES, Tubarão, julho a dezembro de 2014.

Nos meses de maio e junho nenhum teste rápido foi realizado. O HNSC optou pela não liberação de laudos, sendo que os resultados ficam registrados apenas em formulários internos e no prontuário do paciente.

Em relação aos dados da Tabela 1, que são referentes ao HNSC e ao CAES, nota-se que, no período de seis meses, uma pequena parcela de gestantes realizou o teste rápido para sífilis, o que fica mais evidente em relação ao expressivo número de nascimentos por mês no HNSC.

Discussão

O principal achado desse estudo foi a lentificação do processo de implantação, visto que, dos 31 serviços de saúde, apenas dois implementaram a execução do teste rápido durante o período em estudo. Os principais obstáculos que explicaram essa lentificação foram insuficiência de infraestrutura e de recursos humanos e dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado.

Essa lentificação foi tratada como ponto importante na pauta do Seminário Macrorregional, realizado pela Atenção Básica e pela DIVE no município de Laguna, em outubro de 2014. Neste evento foi exposto que alguns municípios da região de Tubarão já implantaram o teste rápido em suas ESF, bem como todos os estados brasileiros já implantaram este serviço nas suas ESF, exceto Santa Catarina, que ainda está em fase de implantação. Neste seminário também foram apresentados levantamentos de notificações de agravos infecciosos de notificação compulsória, com um perfil preocupante de subnotificação.

O estudo também constatou que no HNSC, onde já houve a implantação, ocorreu uma sobrecarga de trabalho dos enfermeiros do centro obstétrico e da emergência, diminuindo, assim, a capacidade de atender às atividades com maior grau de complexidade. Essa situação poderia ser evitada caso as gestantes atendidas pelo hospital tivessem realizado os testes rápidos nas ESF durante o pré-natal, com posterior início do tratamento farmacológico em caso de soro positividade. A escolha do HNSC de não

emitir laudos para os resultados de testes rápidos, embora possa ser justificada pelo acúmulo de funções sobre a enfermagem, também contribui para fragilizar o diagnóstico baseado em testes rápidos, bem como a aceitação desta informação pela equipe multiprofissional.

Em relação ao restante do Brasil, podemos afirmar que a implantação está acontecendo de forma lenta, contribuindo para atrasos no diagnóstico de doenças infecciosas de grande importância para o pré-natal e para a população em geral, causando impacto negativo na saúde pública.¹⁰ A Organização Mundial da Saúde (OMS) tinha como meta a erradicação da sífilis congênita até 2015, o que não ocorreu, por isso, o acompanhamento da implantação se faz necessário, visando a aproximação dessa meta. A lentidão do processo de implantação dos testes rápidos em Tubarão também é a principal limitação, visto que acarretou escassez de dados nas ESF.

Comparação com outras localidades do Brasil

Um estudo realizado por Santos et al.¹¹, que teve por objetivo avaliar o grau de implantação do Programa Nacional de Controle de Transmissão Vertical de HIV em 30 maternidades do “Projeto Nascer”, localizadas em diversos estados brasileiros, obteve resultados semelhantes, relatando a não disponibilidade de recursos humanos e de kits para a realização dos testes rápidos.

Também com resultados semelhantes, um estudo que descreveu a implantação de testes rápidos de sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-CE, realizado por Lopes et al.¹⁰, relatou que, apesar de profissionais capacitados, muitas ESF não dispunham de kits de testes rápidos, e, dentre aquelas que dispunham, alguns estavam com data de validade vencida.

Macêdo et al.¹², quando realizaram um estudo que objetivou avaliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em quatro maternidades públicas do Nordeste brasileiro, também encontraram obstáculos frente à utilização dos testes rápidos. Porém, diferentemente do presente estudo, o obstáculo foi em relação à aceitabilidade dos testes, visto que os mesmos ainda não são bem aceitos pelos profissionais de saúde.

Conclusão

Este estudo demonstrou que a implantação de testes rápidos para sífilis ainda está em andamento, e exige um grande esforço de vários departamentos do Ministério da Saúde e do município. Com os resultados obtidos, identificamos que os principais motivos da falha da implementação são falta de infraestrutura, falta de recursos humanos e falta de definição do fluxo de trabalho no seguimento dos pacientes com resultados reagentes.

Estes dados possibilitam aos responsáveis por esse processo a criação de intervenções direcionadas à superação desses obstáculos no município de Tubarão. Sugere-se, portanto, que a continuação do acompanhamento da implementação seja feita paralelamente à observação de incidência de sífilis adquirida ou congênita, de forma que se possa investigar a relação entre a oferta de testes rápidos e a detecção e tratamento da doença.

Referências

1. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection During Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. *Infect Dis Obstet Gynecol*. [Internet]. 2012 Jul [citado 2017 Out 24];2012:430585. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398589/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/430585>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. SUS. [Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 01];48(36):1-44. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>
3. Murali MV, Nirmala C, Rao JV. Symptomatic Early Congenital Syphilis: A Common but Forgotten Disease. *Case Rep Pediatr*. [Internet]. 2012 Fev [citado 2017 Out 25];2012:934634. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/cripe/2012/934634/cta/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/934634>
4. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AI, Hamann EM. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Out 24];46(3):479-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22635036>
5. Domingues RM, Saracen V, Hartz ZM, Leal Mdo C. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Fev [citado 2017 Out 24];47(1):147-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>
6. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. *PLoS One*. [Internet]. 2013 Fev [citado 2017 Out 25];8(2):e56463. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23437138>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0056463>
7. Secretaria do Estado da Saúde (Santa Catarina). Nota Técnica nº 12/DIVE/SUV/SES/2014. Florianópolis (SC): Diretoria de Vigilância Epidemiológica DIVE/SUV/SES/SC, 2014. [Internet]. [citado 2017 Out 20]. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/Nota_t%C3%A9cnica_12_2014_Testes%20Rapidos.pdf
8. Loeffelholz MJ, Binnicker MJ. It is time to use treponema-specific antibody screening tests for diagnosis of syphilis. *J Clin Microbiol*. [Internet]. 2012 Jan [citado 2017 Out 25];50(1):2-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22090405>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.06347-11>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Panorama do município de Tubarão, Santa Catarina [citado 2018 Ago 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/tubarao/panorama>
10. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Fev [citado 2017 Out 25];69(1):62-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>
11. Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2010 Set [citado 2017 Out 25];19(3):257-69. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300008. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000300008>
12. Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Ago [citado 2017 Out 25];25(8):1679-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800004>

Apêndice

Apêndice A. Questionário para entrevista bimestral.

ESF: _____ Número: _____
 Bairro: _____ Telefone: _____
 Profissional responsável: _____
 Data: ___/___/___ Coleta de dados: _____ 1^a _____ 2^a _____ 3^a _____ 4^a

Questões para entrevista com funcionário(s) responsável(is) pela execução do teste rápido para sífilis:	Resposta Transcrita
1 Data em que os profissionais do posto receberam capacitação para execução do teste rápido para detecção da sífilis: ___/___/___	
2 Número de profissionais que foram capacitados:	
3 Formação do profissional responsável pela execução: 1 – Farmacêutico 2 – Enfermeiro 3 – Outro: _____	
4 Número de pessoas beneficiadas com o teste rápido para sífilis: Intervalo de tempo:	Número:
5 Número de pessoas beneficiadas com o teste rápido para HIV: Intervalo de tempo:	Número:
6 Número de pessoas beneficiadas com o teste rápido para hepatite B: Intervalo de tempo:	Número:
7 Número de pessoas beneficiadas com o teste rápido para HCV: Intervalo de tempo:	Número:
8 Número de gestantes beneficiadas com o teste rápido para sífilis: Intervalo de tempo:	Número:
9 Cite as três principais dúvidas (A, B, C) sobre a execução, interpretação e/ou encaminhamento do paciente mediante o resultado do teste rápido para detecção de sífilis: A B C	
10 No caso de ainda não ofertar os TR, citar o(s) principal(is) impedimento(s):	
11 Outras informações:	

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados

Burnout Syndrome in Family Health Strategy Physicians in Montes Claros, MG, and Associated Factors

Síndrome de Burnout en Médicos de la Estrategia Salud de la Familia de Montes Claros, MG, y Factores Asociados

Ariadna Janice Drumond Morais^a
Cristiane Borborema Teles^b
Laryssa Ferreira Rocha^b
Marise Fagundes Silveira^a
Lucinéia de Pinho^c

^a Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. ariadnajanice@live.co.uk; ciaestatistica@yahoo.com.br

^b Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. cris_borborema@yahoo.com.br; laryssarochha@gmail.com

^c Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC). Montes Claros, MG, Brasil. lucineiapinho@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Resumo

Objetivo: O estudo objetivou investigar a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, MG, e sua associação com estresse no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e qualidade de vida. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal. O questionário autoaplicável *Maslach Burnout Inventory* foi aplicado a 89 médicos para diagnóstico da síndrome. Os médicos também proveram dados sociodemográficos e preencheram os instrumentos *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-BREF* para identificação de condições de trabalho. As variáveis categóricas foram analisadas por distribuição de frequências. A associação entre variáveis de fatores de risco e presença de síndrome de *Burnout* foi realizada pelo teste de Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Houve 100% de prevalência da síndrome de *Burnout* moderada nos médicos avaliados. Os escores das dimensões Exaustão e Despersonalização, constituintes do instrumento avaliativo da síndrome de *Burnout*, tiveram correlação positiva com alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa. Eles também se relacionaram a atributos de qualidade de vida, tais quais má condição física, social e ambiental. **Conclusão:** Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos avaliados, assim reduzindo a ocorrência da síndrome de *Burnout*.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador

Como citar: Morais AJD, Teles CB, Rocha LF, Silveira MF, Pinho L. Síndrome de *Burnout* em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-15. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1751](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1751)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 762.251 (UNIMONTES), aprovado em 22/08/2014.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 14/05/2018.
Aprovado em: 01/08/2018.

Abstract

Objective: The study aimed to investigate the prevalence of Burnout syndrome in physicians of the Family Health Strategy at Montes Claros, MG, and the association with work stress, effort-reward imbalance and quality of life. **Methods:** Epidemiologic, quantitative, web-based, analytical and cross-sectional research. The self-administered questionnaire Maslach Burnout Inventory was applied to 89 physicians to diagnose the syndrome. The physicians also provided sociodemographic data and responded the Job Stress Scale, the Imbalance-Effort-Reward scale and the WHOQOL-BREF for identification of work conditions. The categoric variables were analyzed by frequency distribution. The association between variables of risk factors and the presence of Burnout syndrome was tested by the Pearson's chi-square test. **Results:** 100% of the physicians evaluated exhibited moderate Burnout syndrome. The scores for the Exhaustion and Depersonalization dimensions, which are components of the inventory for Burnout Syndrome assessment, were positively correlated with high psychological and professional demands, high strain and effort, excess commitment to the job and imbalanced effort-reward ratio. They were also associated with attributes of quality of life such as poor physical, social and environmental conditions. **Conclusion:** Preventive and intervention actions are required to decrease work-related stress of the evaluated physicians, thereby decreasing Burnout syndrome prevalence.

Keywords: Burnout, Professional; Family Health; Primary Health Care; Quality of Life; Occupational Health

Resumen

Objetivo: El estudio objetivó investigar la prevalencia del síndrome de *Burnout* en médicos de la Estrategia Salud de la Familia en Montes Claros, MG, y su asociación con estrés en el trabajo, desequilibrio esfuerzo-recompensa y calidad de vida. **Métodos:** Se realizó una investigación epidemiológica, cuantitativa, por medio de la web, analítica y transversal. El cuestionario autoaplicable *Maslach Burnout Inventory* se aplicó a 89 médicos para el diagnóstico del síndrome. Los médicos también proporcionaron datos sociodemográficos y llenaron los instrumentos *Job Stress Scale*, Escala Desequilibrio-Esfuerzo-Recompensa y *WHOQOL-BREF* para identificación de condiciones de trabajo. Las variables categóricas fueron analizadas por distribución de frecuencias. La asociación entre variables de factores de riesgo y presencia de síndrome de *Burnout* fue realizada por la prueba de chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** Hubo un 100% de prevalencia de la Síndrome de *Burnout* moderada en los médicos evaluados. Los scores de las dimensiones Agotamiento y Despersonalización, constituyentes del instrumento evaluativo del síndrome de *Burnout*, tuvieron correlación positiva con alta demanda psicológica y profesional, alto desgaste y esfuerzo, comprometimiento excesivo al trabajo y desbalance en la razón esfuerzo-recompensa. También se relacionaron con atributos de calidad de vida tales como mala condición física, social y ambiental. **Conclusión:** Se deben tomar medidas preventivas y de intervenciones para disminuir el estrés laboral de los médicos evaluados, reduciendo así la incidencia del síndrome de *Burnout*.

Palabras clave: Agotamiento Profesional; Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud; Calidad de Vida; Salud Laboral

Introdução

O estresse no trabalho é um conjunto de reações físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as pressões ou exigências do labor não se igualam à capacidade, aos recursos ou às necessidades do trabalhador. Essas reações devem ser tratadas com seriedade, uma vez que podem causar doenças psicofisiológicas no trabalhador.¹

O estresse crônico ocupacional é conhecido como síndrome do Esgotamento Profissional ou síndrome de *Burnout*.² O termo *Burnout* foi utilizado pela primeira vez pelo psicólogo Freudenberg, em 1974, para definir um estado de exaustão física e mental ligado ao trabalho.² É uma síndrome que produz um estado de fadiga ou frustração crônico relacionado à condição emocional das pessoas em relação ao seu trabalho, modo de vida ou relacionamento e que ocorre devido à dedicação intensa a uma causa, que não produz o resultado esperado.³ Sendo um grave problema de caráter psicossocial, ela vem afetando trabalhadores em todo mundo.

O estresse ocupacional pode ser desencadeado pela ação conjunta de fatores intrínsecos ao trabalho e seu ambiente, como a falta de comunicação, o estilo de gestão, interferências burocráticas, ausência

de participação na tomada de decisões, dificuldade nas relações interpessoais ou ausência de uma política favorável à vida familiar.^{1,4-6} Estes fatores atuando a longo prazo contribuem para o adoecimento e aparecimento do estresse crônico.^{1,4-6}

A SB manifesta-se através das sintomatologias física, comportamental, psíquica e defensiva.⁷ Os sintomas apresentados são: fadiga constante, distúrbios do sono, falta de atenção, alterações da memória, ansiedade, negligência no trabalho, irritabilidade, baixa concentração, relações interpessoais conflituosas, absenteísmo, tendência ao isolamento e sentimento de impotência.^{1,3,7} A sobrecarga psíquica e tensional dos trabalhadores acometidos pelo *Burnout* é significativa e eles deveriam ser periodicamente avaliados para recuperação e preservação da sua saúde mental e física.^{2,8}

O esgotamento crônico também acomete profissionais da área da saúde, incluindo aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{5,9,10} Este serviço é um dos principais pilares do SUS e caracteriza-se em expansão em todo o território nacional. Nos últimos anos a cobertura da população pela Saúde da Família no Brasil evoluiu de 50,9% (2008) para 53,4% (2013).¹¹ A boa saúde física e emocional dos profissionais na ESF, entre eles o médico, é um fator que pode impactar na qualidade do serviço.⁹

No contexto da ESF, os médicos estão expostos a diversos desafios e estressores laborais e, caso não utilizem estratégias de enfrentamento adequadas, ficam vulneráveis ao esgotamento profissional.^{5,6} O resultado é a baixa qualidade de atendimento, o aumento de erros médicos, processos judiciais e diminuição da capacidade de expressar empatia.^{4,6}

O *Burnout* é um problema que pode comprometer não apenas o trabalhador, mas também os usuários ESF. Apesar disso, essa afecção ainda é pouco conhecida, merecendo ser investigada por seu número, seriedade potencial e domínios que atinge.¹⁰ A investigação da SB em trabalhadores da saúde como integrantes do ESF é essencial para o diagnóstico precoce e planejamento de medidas preventivas e de promoção da saúde dos mesmos.^{2,6} Nesse sentido, o presente estudo investigou a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos de ESF no município de Montes Claros, MG, e avaliou sua associação com estresse no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e qualidade de vida.

Métodos

Caracterização do estudo e da população

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, telematizado, analítico e transversal de levantamento de dados. Foi desenvolvido no município de Montes Claros, MG, situado na mesorregião do norte de Minas Gerais. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,770 e índice de Gini de 0,5391. À época do estudo, o município possuía 135 equipes de ESF, todas incluídas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A população da pesquisa compreendeu todos os 122 médicos das equipes de ESF que atuavam na área urbana do município. Não foram incluídos médicos de zona rural, estrangeiros, com carga horária inferior a 40 horas e os afastados do trabalho. Entre os convidados para participar da pesquisa, 89 responderam os questionários.

Instrumentos e coleta de dados

Os dados foram coletados entre outubro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de um questionário *online*, enviado por e-mail aos profissionais. O questionário contemplava a avaliação da síndrome de *Burnout* - *variável dependente*, e as *características* sociodemográficas, ocupacionais e os fatores de riscos - *variáveis independentes*.

O perfil sociodemográfico e ocupacional foi avaliado por meio das variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e horas de trabalho. A síndrome de *Burnout* foi avaliada por meio do instrumento *Maslach Burnout Inventory*, constituído por 22 itens, que englobam as dimensões exaustão emocional (9 itens); despersonalização (5 itens) e realização profissional (8 itens).^{3,12} A forma de pontuação dos itens pesquisados adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias. O escore do sujeito é computado pelo somatório dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões.

Para o cálculo da síndrome de *Burnout*, foram utilizados os pontos de corte do estudo original de Maslach,³ com a avaliação dos três domínios que compõem a síndrome.¹² A dimensão “exaustão emocional” acima dos 27 pontos é considerada um nível de *burnout* elevado. Quando existem valores entre 16-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 16 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Para o quesito de “despersonalização”, as pontuações superiores a 13 representam níveis altos, de 7-12 moderado e inferior a 6 indica um nível baixo de *burnout*. Por fim, a “realização profissional” é oposta as dimensões anteriores, portanto, níveis maiores ou iguais a 39 pontos representam um acometimento baixo, entre 32 a 38 pontos um nível moderado e menor ou igual a 31 é um nível alto de *burnout*. Neste estudo, a presença de nível alto nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização” e baixas pontuações em “realização profissional” caracterizou a síndrome de *Burnout*.

Para investigar as fontes geradoras de estresse e suas repercussões na saúde e nas relações sociais no ambiente de trabalho, utilizou-se a *Job Stress Scale*, criada por Robert Karasek,¹³ que propôs um modelo teórico bidimensional que relaciona dois aspectos (demandas e controle no trabalho) ao risco de adoecimento.¹⁴ A versão reduzida da *Job Stress Scale*, elaborada por Töres Theorell em 1988 e adotada neste trabalho, é composta por 17 questões divididas em 3 dimensões: demanda psicológica (5 itens), controle (6 itens) e apoio social (6 itens).¹⁴

A forma de pontuação dos itens do instrumento *Job Stress Scale* adota a escala do tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”, ou entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. O aspecto demanda tinha como mínimo e máximo possíveis, respectivamente, 5 e 20 pontos, o controle, 6 e 24 pontos e o suporte (apoio social), 6 e 24 pontos”.^{14,15}

Os quadrantes demanda-controle foram definidos a partir da análise das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho e adotou-se a média como ponto de corte. Para a dimensão demanda psicológica, o grau “baixa demanda” (abaixo), ou “alta demanda” (maior ou igual à média) e para a dimensão controle o grau “baixo controle” (abaixo da média), ou “alto controle” (maior ou igual à média). A partir das dimensões da demanda (alta e baixa) e do controle (alto e baixo), definiram-se os quadrantes do modelo demanda-controle em alto desgaste no trabalho.

O modelo foi categorizado em quatro quadrantes: alto desgaste no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) e baixo desgaste (baixa demanda psicológica e alto controle).^{14,15}

A avaliação do desequilíbrio entre o esforço realizado e a recompensa recebida no trabalho foi realizada por meio da Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa desenvolvida por Siegrist.¹⁶ Ela compreende 23 itens e é composta por três dimensões: esforço (6 itens); recompensa (11 itens) e excesso de comprometimento no trabalho (6 itens). “A escala possui 17 itens com respostas dicotômicas (discordo ou concordo): 6 itens relacionados a esforço extrínseco (com escore total de 5 a 30) e 11 itens relacionados a recompensa (com escore total de 11 a 55).

Ainda, para cada resposta “concordo” ou “discordo”, somam-se quatro opções em escala *likert* (1-4) que variam de “não estressado” a “muito estressado”. Os seis itens restantes contêm a dimensão de compromisso excessivo com o trabalho, com respostas em escala *likert* (1-4), indo do “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

O escore de cada dimensão da escala é calculado e utiliza-se a média como ponto de corte para classificação: esforço (alto/baixo), recompensa (alta/baixa), comprometimento excessivo (presente/ausente). O indicador Desequilíbrio Esforço-Recompensa foi calculado considerando a razão entre a média do escore do esforço dividido pela média do escore da recompensa. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores ≤ 1) e “desequilíbrio” (valores >1).¹⁶

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário *WHOQOL-BREF* elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS com 26 questões.^{17,18} A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As demais questões estão divididas nos domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens).¹⁷

As respostas às questões do *WHOQOL-BREF* são dadas numa escala *likert* com um intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco), segundo a metodologia Whoqol. A equação sugerida pela OMS foi aplicada para a estimativa de escores de cada domínio. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20”. Classificou-se cada um dos domínios do *WHOQOL-BREF* em satisfatório (maior ou igual à média) e insatisfatório (abaixo da média).^{17,18}

Análise dos dados

As variáveis categóricas foram descritas pela distribuição de frequências. Os escores das dimensões dos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-BREF* foram expressos por estatística descritiva.

Testou-se a associação entre os indicadores da síndrome de *Burnout* (dimensões de Exaustão e Despersonalização do *Maslach Burnout Inventory*) e variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tempo dedicado ao trabalho por meio do teste não paramétrico de Qui-quadrado de Pearson, com probabilidade de erro de 0,05.

Foi também estimada a magnitude da associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização do *Maslach Burnout Inventory* e os outros indicadores (*Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e WHOQOL-BREF) com uso da regressão logística, adotando-se como medida de associação a razão de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versão 18.0 para Windows.

Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes (parecer de nº 762.251 de 15/08/2014), dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Gestão Municipal de Montes Claros e assinaram um termo de concordância com a pesquisa. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos participantes e das informações, utilizados exclusivamente para fins científicos.

Resultados

Perfil da População

Participaram deste estudo 89 médicos da ESF, sendo a maioria do sexo feminino (71,9%) e jovem, com idade inferior a 30 anos (47%). Aproximadamente metade da população (49,4%) era casada ou vivia em união estável. Quanto à formação acadêmica, 52,8% dos profissionais possuía algum tipo de especialização (Tabela 1).

No relato sobre a jornada de trabalho, 88,8% dos médicos declararam cumprir até no máximo 40 horas semanais no turno diurno. A maioria não cumpria turno noturno (65,2%) e também não trabalhava nos fins de semana, seja em turno diurno (64,0%) ou noturno (84,3%) (Tabela 1).

Prevalência de síndrome de *Burnout* e fatores associados

Entre os médicos da ESF observou-se que 100% apresentavam nível médio de *Burnout*. Mais de 60% relataram altos níveis esgotamento nos domínios “exaustão emocional” e “despersonalização” (Tabela 2). O escore médio de “exaustão emocional” foi $29,2 \pm 5,6$, de “despersonalização” $13,9 \pm 3,8$ e de realização profissional $24,1 \pm 3,6$.

Na caracterização do estresse no trabalho pela *Job Stress Scale*, destaca-se a “alta demanda psicológica” em quase um terço da população, “baixo controle” em quase metade e “alto desgaste” em 19% da população. Nos quadrantes do *Job Stress Scale*, observou-se um predomínio de “baixo desgaste” e de “trabalho passivo” (Tabela 2). O escore médio de “demanda psicológica” foi $16,6 \pm 2,1$, o de “controle” $19,8 \pm 3,0$ e o de “suporte social” $18,8 \pm 3,4$.

Na escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa, as respostas de “alto” e “baixo esforço” para o trabalho e “comprometimento excessivo” não foram relativamente balanceadas. A média de “recompensa” foi classificada como acima da média e a “razão esforço-recompensa” abaixo da média, tendendo

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas e relacionadas as horas de trabalho dos médicos da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (n=89).

Variável	N	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	25	28,1
Feminino	64	71,9
Idade		
Menos de 30 anos	47	52,8
30 a 39 anos	31	34,8
40 anos ou mais	11	12,4
Escolaridade		
Especialização	47	52,8
Graduação	42	47,2
Estado Civil		
Casado/União estável	44	49,4
Solteiro/Viúvo/divorciado	45	50,6
Horas de trabalho		
Horas diurnas semana		
40 h/semana	79	88,8
Mais de 40 horas/semana	10	11,2
Horas noturnas semana		
Não trabalha noturno	58	65,2
1h a 8h/semana	11	12,3
Mais de 8h/semana	20	22,5
Trabalho diurno final de semana		
Não trabalha	57	64,0
Trabalha	32	36,0
Trabalho noturno final de semana		
Não trabalha	75	84,3
Trabalha	14	15,7
Total	89	100,0

ao desequilíbrio em 43,8% da população (Tabela 2). O escore médio para “esforço” foi $8,4 \pm 1,3$, para “recompensa” $16,1 \pm 1,9$ e para “excesso de comprometimento” $15,4 \pm 2,8$.

Na avaliação geral da “qualidade de vida” 55,1% dos médicos foram classificados como abaixo da média (insatisfatória) nos âmbitos “físico”, “social” e de “ambiente”, com exceção do domínio “psicológico” (Tabela 2). O escore médio no âmbito “físico” foi $14,8 \pm 2,6$, no “psicológico” $14,5 \pm 2,6$, nas “relações pessoais” $14,9 \pm 3,1$, no “ambiente” $14,2 \pm 2,3$ e no “aspecto geral” $14,5 \pm 2,2$. O escore médio de “qualidade de vida” foi autoavaliado em $14,5 \pm 3,7$.

Não houve associação entre os indicadores de *Burnout* estimados pelo *Maslach Burnout Inventory* (dimensões “exaustão” e “despersonalização”) e variáveis sociodemográficas ou jornada de trabalho (Tabela 3).

Tabela 2. Respostas de médicos da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (n=89) aos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale* e Desequilíbrio-Esforço-Recompensa.

Variáveis	N	%
Maslach Burnout Inventory		
Exaustão emocional		
Nível Médio	32	36,0
Nível Alto	57	64,0
Despersonalização		
Nível Médio	35	39,3
Nível Alto	54	60,7
Realização profissional		
Nível Médio	01	1,1
Nível Alto	88	98,9
Síndrome de <i>Burnout</i>		
Nível Médio	89	100,0
Job Stress Scale		
Demanda psicológica		
Baixa demanda (↓D)	59	66,3
Alta demanda (↑D)	30	33,7
Controle sobre o trabalho		
Baixo controle (↓C)	44	49,4
Alto controle (↑C)	45	50,6
Quadrantes demanda-controle		
Baixo desgaste (↓D ↑C)	31	34,8
Trabalho passivo (↓D ↓C)	28	31,5
Trabalho ativo (↑D ↑C)	13	14,6
Alto desgaste (↑D ↓C)	17	19,1
Desequilíbrio-Esforço-Recompensa		
Esforço		
Baixo	40	44,9
Alto	49	55,1
Recompensa		
Alta	50	56,2
Baixa	39	43,8
Comprometimento excessivo		
Ausente	42	47,2
Presente	47	52,8
Razão esforço-recompensa		
≤1 (Equilíbrio)	50	56,2
>1 (Desequilíbrio)	39	43,8
WHOQOL-BREF		
Física		
Satisfatória	43	48,3
Insatisfatória	46	51,7
Psicológica		
Satisfatória	52	58,4
Insatisfatória	37	41,6
Relações Sociais		
Satisfatória	44	49,4
Insatisfatória	45	50,6
Ambiente		
Satisfatória	37	41,6
Insatisfatória	52	58,4
Qualidade de Vida Geral		
Satisfatória	40	44,9
Insatisfatória	49	55,1

Tabela 3. Associação entre frequência de Exaustão e Despersonalização com variáveis sociodemográficas e de jornada de trabalho.

Variáveis	Exaustão (%)			Despersonalização (%)		
	Média	Alta	p	Média	Alta	p
Sociodemográficas						
Sexo			0,323			0,573
Masculino	44,0	56,0		44,0	56,0	
Feminino	32,8	67,2		37,5	62,5	
Idade			0,282			0,194
Menos de 30 anos	29,8	70,2		34,0	66,0	
30 a 39 anos	38,7	61,3		38,7	61,3	
40 anos ou mais	54,5	45,5		63,6	36,4	
Escolaridade			0,200			0,130
Especialização	29,8	70,2		31,9	68,1	
Graduação	42,9	57,1		47,6	52,4	
Estado Civil			0,937			0,895
Casado/União estável	36,4	63,9		38,6	61,4	
Solteiro/Viúvo/divorciado	35,6	64,4		40,0	60,0	
Horas de trabalho						
Diurnas durante a semana			0,366			0,273
40 horas	30,2	69,8		45,3	54,7	
Mais de 40 horas	40,0	60,0		20,0	80,0	
Noturnas durante a semana			0,603			0,109
Não trabalha	39,7	60,3		46,6	53,4	
1 a 8 horas	27,3	72,7		36,4	63,6	
Mais de 8 horas	30,0	70,0		20,0	80,0	
Trabalho diurno final de semana			0,488			0,105
Não trabalha	38,6	61,4		45,6	54,4	
Trabalha	31,2	68,8		28,1	71,9	
Trabalho noturno final de semana			0,217			0,135
Não trabalha	38,7	61,3		42,7	57,3	
Trabalha	21,4	78,6		21,4	78,6	

Na relação entre as dimensões do *Maslach Burnout Inventory* e parâmetros da *Job Stress Scale* (Tabela 4), observou-se que foram associados à maior chance de “exaustão” os parâmetros “alta demanda psicológica” e “alto desgaste”, ambos com risco acima de 80%. E foram associados à maior chance de “despersonalização” os fatores “alta demanda psicológica”, “trabalho ativo” e “alto desgaste”, também com risco acima de 80%.

Na associação com os parâmetros da Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa, maiores chances de “exaustão” e “despersonalização” foram associadas ao esforço maior ou igual à média. A “despersonalização” foi também associada a “comprometimento excessivo”. A razão esforço-recompensa maior que 1 foi associada às maiores chances de exaustão e despersonalização entre os profissionais (Tabela 4).

Todos os escores dos domínios e de “qualidade de vida geral” do WHOQOL-BREF mostraram associação significativa com a síndrome de *Burnout*, nas dimensões “exaustão” e “despersonalização”, exceto o domínio “psicológico” em relação à “despersonalização” (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização (*Maslach Burnout Inventory*) e Estresse no trabalho, Qualidade de Vida e Desequilíbrio Esforço-Recompensa. Montes Claros, MG, 2015.

	Exaustão				Despersonalização			
	Média (%)	Alta (%)	OR (IC95%)	p	Média (%)	Alta (%)	OR (IC95%)	p
Job Stress Scale								
Demanda psicológica								
Baixa demanda (↓D)	44,1	55,9	1,0		52,5	47,5	1,0	
Alta demanda (↑D)	20,0	80,0	3,2 (1,1-8,8)	0,025	13,3	86,7	7,2 (2,2-23,2)	0,000
Controle sobre o trabalho								
Alto controle (↑C)	45,5	54,5	1,0		45,5	54,5	1,0	
Baixo controle (↓C)	26,7	73,3	2,3 (0,9-5,6)	0,065	33,3	66,7	1,7 (0,8-3,9)	0,242
Quadrantes demanda-controle								
Baixo desgaste (↓D ↑C)	51,6	48,4	1,0		58,1	41,9	1,0	
Trabalho passivo (↓D ↓C)	35,7	64,3	1,9 (0,7-5,5)	0,222	46,4	53,6	1,6 (0,6-4,5)	0,373
Trabalho ativo (↑D ↑C)	30,8	69,2	2,4 (0,7-9,5)	0,211	15,4	84,6	7,6 (1,4-40,3)	0,017
Alto desgaste (↑D ↓C)	11,8	88,2	8,0 (1,6-41,0)	0,013	11,8	88,2	10,4 (2,0-53,5)	0,005
Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER)								
Esforço								
Baixo	55,0	45,0	1,0		62,5	37,5	1,0	
Alto	20,4	79,6	4,8 (1,9-12,2)	0,001	20,4	79,6	6,5 (2,5-16,7)	0,000
Recompensa								
Alta	25,6	74,4	1,0		28,2	71,8	1,0	
Baixa	44,0	56,0	0,4 (0,2-1,1)	0,073	48,0	52,0	0,4 (0,2-1,0)	0,058
Comprometimento excessivo								
Ausente	44,7	55,3	1,0		57,4	42,6	1,0	
Presente	26,2	73,8	2,3 (0,9-5,6)	0,070	19,0	81,0	5,7 (2,2-14,9)	0,000
Razão esforço-recompensa								
≤1 (Equilíbrio)	22,0	78,0	1,0		22,0	78,0	1,0	
>1 (Desequilíbrio)	53,8	46,2	0,2 (0,1-0,6)	0,002	61,5	38,5	0,2 (0,1-0,4)	0,000
WHOQOL-BREF								
Física								
Satisfatória	55,8	44,2	1,0		62,8	37,2	1,0	
Insatisfatória	17,4	82,6	6,0 (2,3-15,8)	0,000	17,4	82,6	8,0 (3,0-21,4)	0,000
Psicológica								
Satisfatória	48,1	51,9	1,0		46,2	53,8	1,0	
Insatisfatória	18,9	81,1	3,9 (1,5-10,6)	0,005	29,7	70,3	2,0 (0,8-4,9)	0,118
Relações Sociais								
Satisfatória	54,5	45,5	1,0		50,0	50,0	1,0	
Insatisfatória	17,8	82,2	5,6 (2,1-14,6)	0,000	28,9	71,1	2,5 (1,1-5,9)	0,042
Ambiente								
Satisfatória	51,4	48,6	1,0		56,8	43,2	1,0	
Insatisfatória	25,0	75,0	3,2 (1,3-7,8)	0,011	26,9	73,1	3,6 (1,5-8,7)	0,005
Qualidade de Vida Geral								
Satisfatória	55,0	45,0	1,0		57,5	42,5	1,0	
Insatisfatória	20,4	79,6	4,8 (1,9-12,1)	0,001	24,5	75,5	4,2 (1,7-10,3)	0,002

As diferenças significativas ($p < 0,05$) são destacadas em negrito.

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

Neste estudo os médicos da ESF do município de Montes Claros, MG, avaliados apresentaram a síndrome de *Burnout* em um grau moderado. Os indicadores da síndrome de *Burnout* (dimensões “exaustão” e “despersonalização”) foram associados com alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa. Os atributos de qualidade de vida também foram associados à síndrome de *Burnout*. Não foi observada associação entre os indicadores de *Burnout* e variáveis sociodemográficas e de jornada de trabalho dos profissionais.

Fortalezas e limitações do estudo

Este estudo contribuiu para avaliação da saúde mental de médicos no cenário da ESF. Os resultados obtidos podem subsidiar medidas para promoção da saúde do trabalhador no município. Os resultados devem ser considerados à luz de algumas limitações. O delineamento transversal impossibilita a relação de causalidade entre as variáveis. Deve-se considerar o contexto local de atuação das equipes de ESF, o que dificulta a generalização dos resultados. As perdas de profissionais podem ter influenciado os resultados finais e subestimado a prevalência de sofrimento ocupacional encontrada, ainda que tenha sido alta.

Comparação com a literatura já existente

As taxas de prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos de família na literatura variam entre 34,8% a 85,7%.^{5,11,19-21} Em um estudo nos Estados Unidos foi observado que mais que 50% dos médicos especialistas em medicina de família apresentaram a síndrome de *Burnout*.²⁰ Em Portugal, a prevalência de *Burnout* foi 46,9% nos residentes de Medicina Geral e Familiar (MGF).²¹ No Brasil, em avaliação da síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia Saúde da Família, detectou-se em 56,67% dos médicos.¹⁰ No presente estudo foi observado 100% dos médicos acometidos com *Burnout* em grau moderado. Além disso, os médicos apresentaram altos percentuais de risco para “exaustão emocional” e “despersonalização”, o que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados e no vínculo desses profissionais com a comunidade.

A causa do desenvolvimento da síndrome de *Burnout* é multifatorial e está relacionada a fatores tanto individuais quanto laborais.^{1,3} No presente estudo os dados demográficos não foram associados à síndrome de *Burnout*. Dos Santos et al.²¹ e Cubillo et al.¹⁹ em Portugal e Espanha, respectivamente, também mostraram a ausência da correlação entre dados demográficos e a síndrome. Já Martins et al.¹⁰ e Silva et al.²², no Brasil, ao avaliarem os profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde, verificaram que aqueles mais jovens possuíam maior risco da síndrome de *Burnout*.

Entre as características laborais, a jornada de trabalho pode ter influência na síndrome de *Burnout*, visto que turnos com mais de 48 horas por semana expõem os trabalhadores a riscos potenciais à saúde.²³ No entanto, 88,8% da população estudada trabalhava dentro do limite de 40 horas semanais, e não houve relação desse fator com o desenvolvimento da síndrome. A jornada de trabalho na ESF com limite de

40 horas semanais ou menos é recomendada²⁴ e adotada em vários países,²³ podendo inclusive ser um fator protetor ao aparecimento da síndrome de *Burnout*.⁵

Observou-se também, um índice significativo de “trabalho passivo” obtido nas avaliações pela *Job Stress Scale* (28% da população), o que junto ao alto índice de “comprometimento excessivo”, expresso pela escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (47%), sugere que os profissionais avaliados adotam um modelo de trabalho chamado “taylorismo”.

Esse modelo se baseia na repetição de tarefas, divisão das mesmas entre formuladores e executores, estabelecimento de metas de produtividade, dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos e cobrança entre pares.^{25,26} Com a regulação do desempenho dos médicos, o taylorismo pode gerar um sentimento de frustração e impotência nos profissionais.^{19,27}

Pelo *Job Stress Scale* detectou-se que aproximadamente um terço da população exibia “alta demanda psicológica” e 19% reportou “alto desgaste”, o que merece atenção, visto a associação dessas variáveis com “exaustão” e “despersonalização”. Essa relação corrobora outros estudos que alegam que o ambiente de ESF é um agente estressor.^{6,19,28}

Os médicos estressados e emocionalmente exaustos sentem-se sobrecarregados e mais frustrados com seus empregos.⁶ Reforçando a sobrecarga dos médicos, os indicadores da síndrome de *Burnout* também foram associados ao “esforço acima da média” e “comprometimento excessivo”, detectados pelo Desequilíbrio-Esforço-Recompensa. Alguns desses fatores aumentaram em mais de 8 vezes a chance de “exaustão” e mais de 10 vezes a chance de “despersonalização”.

Os dados de “razão esforço-recompensa” do Desequilíbrio-Esforço-Recompensa também se associaram aos parâmetros da síndrome de *Burnout*, mostrando o impacto do desequilíbrio entre o grande esforço despendido no trabalho e a baixa recompensa recebida. A desvalorização econômica do profissional, insatisfação com as atividades assistenciais, a perda de prestígio frente à sociedade, a insegurança em relação ao vínculo com a ESF, associadas à dependência de interesses político, altas cargas assistenciais e a pressão excessiva também são explorados em outros estudos como fatores desencadeadores de insatisfação, baixa realização profissional e estresse laboral.^{27,29}

No quesito qualidade de vida apenas o aspecto “psicológico” foi reportado como satisfatório, e praticamente todos os itens foram associados com os parâmetros de “exaustão” e “despersonalização”. Esses resultados reforçam que o modelo de trabalho adotado pelos médicos da ESF não lhes assegura uma boa qualidade de vida. Pode-se inferir que conciliar relações familiares/sociais, domínio físico e ambiente com relações de trabalho é difícil para a maioria desses profissionais, pois o estresse interfere na qualidade de vida, sendo prejudicial à vida familiar e trabalhista.²⁸

A ESF tem atraído jovens médicos, sem experiência profissional, a maioria com idade inferior a 30 anos, como uma opção para a inserção no mercado de trabalho apesar dos baixos salários, falta de infraestrutura, riscos biológicos e problemas relativos à organização do trabalho.^{19,30} O fato do jovem profissional ter que lidar com essas dificuldades laborais, enquanto falha em atingir suas altas expectativas, concretizar anseios, idealizações e desejos, promove o aparecimento do estresse profissional.⁶ Apesar do alto esforço despendido pelo profissional para obter resultados satisfatórios, muitas vezes ele se defronta com limitações institucionais, que levam a um sentimento de baixa realização profissional, desapontamento e desgaste.^{5,31}

Outro fator que pode influenciar o estresse laboral dos médicos na ESF é o modelo utilizado na organização do trabalho, via Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).²⁶ O programa define as atribuições dos médicos e os força a uma busca desenfreada por resultados, numa tentativa de introjeção de missão e valores.^{21,25} Embora o objetivo do PMAQ-AB seja a satisfação dos usuários do serviço, ele não garante uma estrutura sólida para sua realização e pode, em alguns casos, ser uma forma de prescrição do trabalho em saúde. Sugerem-se em estudos futuros a avaliação deste programa no estresse profissional.

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

As condições de saúde mental do médico na ESF podem repercutir na qualidade dos serviços prestados à população. O profissional acometido pelo *Burnout* fica desmotivado para seu trabalho, o que acarreta em perda da qualidade da assistência no campo da saúde pública.⁷ O esgotamento profissional dificulta o processo de tomada de decisão clínica, resultando em ineficiência da gestão das despesas farmacêuticas e laboratoriais.^{4,6} Além disso, a exaustão os torna mais insensíveis e aumenta as chances de abandono no trabalho.^{5,6}

Conforme determinado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, os gestores devem desenvolver estratégias para identificar situações de risco ou produção de agravos à saúde do trabalhador, adotando medidas de controle quando necessário.^{21,32} No Brasil, a síndrome é considerada risco ocupacional e é contemplada em leis federais de auxílio ao trabalhador, no campo de transtornos mentais e do comportamentos relacionados ao trabalho.³³

Conclusões

Os resultados indicam que todos os médicos da ESF de Montes Claros avaliados apresentavam a síndrome de *Burnout* em um grau moderado. Os principais fatores associados à síndrome foram alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa, além de atributos de qualidade de vida como condições físicas, sociais e ambientais.

Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos para prevenir a ocorrência do *Burnout* e permitir um melhor desempenho profissional. Para melhor conhecimento do tema, são necessárias outras investigações, avaliando novos contextos, pois esses estudos são escassos. Uma abordagem qualitativa das questões expostas pode ser útil para apreender significados e percepções dos sujeitos acometidos pela síndrome.

Referências

1. National Institute for Occupational Safety and Health. STRESS...At Work; 1999 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>
2. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(5):223-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>

4. Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiahu Y, Bachner YG. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract*. 2014;31(1):44-50.
5. 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)
6. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):274-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
7. Benevides-Pereira AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Rev Eletrônica InterAção Psy*. 2003;1(1):68-75.
8. Freire PL, Trentin JP, de Avila-Quevedo L. Trends in burnout syndrome and emotional factors: an assessment of anesthesiologists in Southern Brazil, 2012. *Psychol Health Med*. 2016;21(4):413-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1139143>
9. Albuquerque FJB, Melo CF, Araújo Neto JL. Avaliação da síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(3):542-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300014>
10. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(12):4739-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>
11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
12. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007;24(3):325-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
13. Karasek RA Jr. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>
14. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):164-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200003>
15. Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E, de Negri BS, da Costa BEP, Figueiredo CEP. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(5):1122-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500009>
16. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1463-73. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)
17. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
19. Cubillo ACM, Guevara JC, Bravo JJM, Riguera MJP, Castro MLG, Sanz AG. Evolución del burnout y variables asociadas em los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):532-9.
20. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
21. Dos 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430)
22. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3011-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
23. Lee S, McCann D, Messenger JC. Duração do trabalho em todo o mundo: tendências de jornadas de trabalho, legislação políticas numa perspectiva global comparada. Brasília: Organização Internacional do Trabalho; 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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.

25. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2013;37(98):416-26.
26. Shimizu HE, Carvalho-Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2405-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>
27. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da saúde da família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3373-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>
28. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. Burnout levels among Portuguese Family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2(3). pii: e001050. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001050>
29. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(100):26-34.
30. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(1):146-55.
31. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(2):189-97.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
33. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1991.

Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida

Low back pain and common mental disorders in Family Health Strategy: an association little recognized

Dolor lumbar y trastornos mentales comunes en la Estrategia Salud de la Familia: una asociación poco reconocida

Janete Alves Araujo^a
Mônica Rodrigues Campos^b
Marcos Vinícius Ferreira dos Santos^b
Daniel Almeida Gonçalves^c
Jair de Jesus Mari^c
Luis Fernando Tófoli^d
Dinarte Ballester^e
Sandra Fortes^a

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família de quatro capitais brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza) com dor lombar e investigar a associação entre dor lombar e depressão, ansiedade e somatização. **Métodos:** Estudo de corte transversal com 1857 pacientes atendidos nos anos de 2009 (setembro a novembro) e 2010 (junho a agosto). Instrumentos: rastreamento de somatização (SOMS-2), avaliação de ansiedade e depressão (HAD), Questionário Geral do Paciente, para dados sociodemográficos e o Formulário do Profissional Assistente, com as informações referentes as consultas. A dor lombar foi analisada a partir da frequência de três diferentes formas de apresentação: queixa autorreferida pelo paciente, sintoma registrado pelo médico e diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico. **Resultados:** 77,3% eram mulheres com mais de quatro anos de estudo e renda per capita inferior a um salário mínimo e meio. Encontramos associação significativa de queixa de dor lombar com ansiedade (OR=1,5, 95% IC 1,02-2,16) e somatização (OR=1,8, 95% IC 1,12-2,88), mas não com depressão. Pacientes que apresentavam queixa de dor lombar, porém sem registro do sintoma pelo médico, apresentaram associações ainda mais fortes com ansiedade (OR=1,6, 95% IC 1,03-2,63) e somatização (OR=2,3, 95% IC 1,33-3,99). A confirmação do diagnóstico de dor lombar pelo médico não se associou significativamente com nenhum transtorno. **Conclusão:** Considerando a dor lombar como uma das queixas de maior prevalência na Atenção Primária e sua associação significativa com ansiedade e somatização, recomenda-se a abordagem da ansiedade e somatização em pacientes com queixa de dor lombar.

Palavras-chave: Dor Lombar; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Ansiedade; Transtornos Somatoformes

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. nettealves@hotmail.com (*Autora correspondente*); sandrafortes@gmail.com

^b Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. monicarodriguescampos@gmail.com; mvsantos@hotmail.com

^c Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. daniel.almeida.33@gmail.com; jamari17@gmail.com

^d Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. tofoli@fcm.unicamp.br

^e Sistema de Saúde Mãe de Deus. Porto Alegre, RS, Brasil. dinarte.ballester@gmail.com

Como citar: Araujo JA, Campos MR, Santos MVF, Gonçalves DA, Mari JJ, Tófoli LF, et al. Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1740](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1740)

Fonte de financiamento:

O CNPq financiou a pesquisa fonte e a CAPES forneceu bolsa de mestrado para a pesquisa atual.

Parecer CEP:

2257-CEP/HUPE, aprovado em 10/12/2008.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 18/04/2018.

Aprovado em: 17/08/2018.

Abstract

Objective: To describe the demographic profile of the patients assisted in the Family Health Strategy of four Brazilian capitals (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre and Fortaleza) with low back pain and investigate the association between low back pain and depression, anxiety and somatization. **Methods:** Cross-sectional study with 1857 patients served in the years 2009 (September to November) and 2010 (June to August). Instruments: Screening of somatization (SOMS-2), evaluation of anxiety and depression (HAD), General Questionnaire of the Patient, for sociodemographic data and the Form of the Professional Assistant, with the information regarding the consultations. The low back pain was analyzed from the frequency of three different forms of presentation: auto reference complaint by the patient, symptom recorded by the doctor and diagnosis of backache confirmed by the doctor. **Results:** 77.3% were women with more than four years of study and per capita income less than a minimum wage and a half. We found significant association of low back pain complaints with anxiety (OR=1.5, 95% IC 1,02-2,16) and somatization (OR=1.8, 95% IC 1,12-2,88) but not with depression. Patients who complained of low back pain, but there was no record of the symptom by the doctor, presented even stronger associations with anxiety (OR=1.6, 95% IC 1,03-2,63) and somatization (OR=2.3, 95% IC 1,33-3,99). Confirmation of the diagnosis of low back pain by the doctor has not been associated significantly with any disorder. **Conclusion:** Considering low back pain as one of the most prevalence complaints in Primary Care and its significant association with anxiety and Somatization, it is recommended to approach anxiety and somatization in patients with a complaint of low back pain.

Keywords: Low Back Pain; Primary Health Care; Depression; Anxiety; Somatoform Disorders

Resumen

Objetivo: Describir el perfil demográfico de los pacientes asistidos en la Estrategia Salud de la Familia de cuatro capitales brasileño (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre y Fortaleza) con dolor lumbar e investigar la asociación entre el dolor lumbar y la depresión, ansiedad y somatización. **Métodos:** Estudio transversal con 1857 pacientes atendidos en los años 2009 (septiembre a noviembre) y 2010 (junio a agosto). Instrumentos: seguimiento de la somatización (SOMS-2), evaluación de la ansiedad y depresión (HAD), Cuestionario General del Paciente, para datos sociodemográficas y el Reporte del Profesional Asistente, con la información relativa a las consultas. El dolor lumbar fue analizado a partir de la frecuencia de tres diversas formas de presentación: queja auto-referida por el paciente, síntoma registrado por el médico y diagnóstico del lumbago confirmado por el médico. **Resultados:** 77,3% fueron mujeres con más de cuatro años de estudio y renta per cápita menos de un salario mínimo y medio. Encontramos la asociación significativa de queja del dolor lumbar con la ansiedad (RM=1,5, el 95% IC 1,02-2,16) y somatización (RM=1,8, el 95% IC 1,12-2,88) pero no con la depresión. Los pacientes que se quejaron de dolor lumbar, pero no había registro del síntoma por el médico, presentaron asociaciones incluso más fuertes con la ansiedad (RM=1,6, el 95% IC 1,03-2,63) y somatización (RM=2,3, el 95% IC 1,33-3,99). La confirmación del diagnóstico de dolor lumbar por el médico no se ha asociado significativamente con ningún trastorno. **Conclusión:** Considerando el dolor lumbar como una de las quejas prevalentes de la mayoría en la Atención Primaria y su asociación significativa con la ansiedad y la somatización, se recomienda abordar a la ansiedad y a la somatización en pacientes con quejas de dolor lumbar.

Palabras clave: Dolor de la Región Lumbar; Atención Primaria de Salud; Depresión; Ansiedad; Trastornos Somatomorfos

Introdução

A dor lombar é uma das principais causas mundiais de incapacidade,¹ com frequência esta associada à comorbidade psiquiátrica e apresenta impacto econômico considerável.² De acordo com a Organização Mundial de Saúde,³ a dor lombar afeta mais de 80% das pessoas em algum momento de sua vida. Destaca-se, portanto, que a dor lombar ainda é um problema importante de saúde pública, acarretando prejuízos para os indivíduos e a sociedade. A prevalência de dor lombar é especialmente importante quando se considera a quantidade de limitação das atividades e de demanda por serviço de saúde que esse problema gera.⁴

Estudos brasileiros⁵⁻⁷ destacam a dor lombar como sintoma importante nos atendimentos da Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizado como um dos principais motivos da busca por consulta. As queixas somáticas constituem uma das principais justificativas dos usuários pela busca de atendimento, porém só para uma fração dessas queixas encontram-se “explicações orgânicas confiáveis”.⁸

Segundo Rosendal et al.,⁹ uma em cada três consultas é encerrada sem apresentar um diagnóstico específico e uma em cada seis consultas abarca Sintomas sem Explicação Médica (SEM), “que podem se

apresentar de forma muito variada: de conjuntos de poucos sintomas autolimitados a padrões crônicos de apresentação”,^{9,10} variando em um *continuum* de intensidade e gravidade. Esses sintomas representam um importante papel na APS, pela sua frequência e necessidade de intervenções específicas.

“As síndromes somatoformes crônicas são os quadros mais estáveis, duradouros e graves de sintomas SEM, sendo definidos pela psiquiatria e por outras especialidades médicas”.¹¹ Resumindo, como um processo, a manifestação da somatização vai de sintomas leves até quadros mais crônicos tais como o diagnóstico psiquiátrico de transtornos somatoformes, uma categoria do CID 10. Neste artigo utilizamos o SOMS-2 para rastreamento de somatização crônica.

Fatores psicológicos podem influenciar a forma como o sujeito percebe a dor, principalmente a somatização, a depressão e a ansiedade^{12,13} e devem ser considerados como elementos que podem influenciar na causa, na intensidade e continuidade da dor, assim como as intervenções dos profissionais de saúde no cuidado com o paciente que apresenta o sintoma de dor.¹⁴

Em relação à dor lombar, em que temos uma condição complexa produzida por múltiplos fatores, existem evidências¹³ de que as dificuldades psicossociais e fatores psicológicos podem estar associados à dor lombar. Apesar do reconhecimento de que as queixas de dor estão associadas com problemas psicológicos, a relação exata entre comportamento de dor e fatores psicológicos ainda precisa ser mais estudada.¹³

Portanto, o contexto da APS se caracteriza por um campo substancial para a investigação da associação entre a dor lombar com sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e somatização). No Brasil, no âmbito da APS, há poucos trabalhos de investigação sobre a dor lombar, tanto a nível epidemiológico como aos fatores psicológicos relacionados a ela.

A relevância deste trabalho baseia-se na necessidade de estudos que se proponham investigar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos em unidades de saúde, os sintomas mais relatados e os fatores psicológicos a eles associados. A dor tem sido frequentemente considerada um sintoma que funciona como sinal de alerta referente ao processo de adoecimento do sujeito. Dentro do modelo biomédico, o objetivo da terapêutica reside na identificação do agente causal para direcionar o tratamento e atingir uma resolução para esse problema. No entanto, existe uma complexa interação de fatores (biológicos, psicológicos, sociais) que influenciam na evolução do quadro doloroso,^{15,16} que ainda não está bem estabelecida.

AAPS é porta de entrada prioritária para as redes de saúde do SUS e oferece um cuidado baseado em um atendimento humanizado com foco na integralidade e longitudinalidade.^{17,18} A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o objetivo de reorganizar a APS e reorientar o modelo assistencial de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica número 28 (Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica), a dor lombar é uma das queixas que podem ser frequentes na APS e em 80% dos casos não se tem a identificação de uma causa orgânica precisa.¹⁷

Este artigo é parte da dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que objetivou descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com dor lombar e investigar a associação entre a dor lombar com depressão, ansiedade e somatização em pacientes da Estratégia Saúde da Família de quatro capitais brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre) e, a partir desse conhecimento, contribuir para a discussão do cuidado a estes pacientes dentro de uma visão integral, característica da APS.

Métodos

Desenho da pesquisa e população

Estudo transversal multicêntrico, baseado em pesquisas realizadas em 2009 e 2010 em quatro capitais, que representam diferentes regiões do Brasil com características geográficas e culturais distintas. O estudo com o título “Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento” foi originalmente construído com o objetivo de avaliar o impacto das capacitações em saúde mental nas atividades assistenciais na APS, cujos resultados já se encontram publicados.¹⁹

O estudo foi realizado em duas etapas, com um desenho pré-pós quasi-experimental, de setembro a novembro de 2009 e de junho a agosto de 2010. Para o presente estudo, foram utilizados os dados referentes às duas etapas da pesquisa original. A população de interesse foi composta por pacientes de 20 unidades da ESF, atendidos por 27 equipes de saúde (médicos e enfermeiros), essas unidades foram escolhidas pelas Secretarias Municipais de Saúde onde a formação em saúde mental na atenção primária foi declarada uma prioridade.

O número de equipes avaliadas em cada cidade foi proporcional ao número de profissionais treinados em cada uma delas: havia 3 equipes em Porto Alegre, 3 em Fortaleza, 6 em São Paulo e 12 no Rio de Janeiro. Todos os pacientes com idades entre 18 e 65 anos, e médicos e enfermeiras foram convidados a participar da pesquisa. Mulheres grávidas e pacientes com déficit cognitivo não foram incluídos. Nenhum paciente que participou da primeira etapa (1260 pacientes) foi autorizado a participar da segunda (597 pacientes).^{19,20} Para este estudo, a amostra foi coletada e analisada em conjunto.

Coleta de dados

Na sala de espera das unidades de saúde, até se obter um número mínimo de 30 pacientes por profissional, todos os pacientes aguardando atendimento médico ou de enfermagem foram abordados por um pesquisador que informou sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, obteve o consentimento por escrito dos pacientes, e aplicou a versão em português do *General Health Questionnaire* (GHQ-12),^{21,22} da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD),²³ do *Screening for Somatoform Symptoms* (SOMS-2)²⁴ e um questionário sociodemográfico.

Estes instrumentos foram lidos para os pacientes, adaptação metodológica que tem sido utilizada em pesquisas na rede pública brasileira^{21,25-27} em virtude da baixa escolaridade média da população. O Formulário do Profissional Assistente foi preenchido pelos médicos e enfermeiras que participaram das capacitações, ao final de cada consulta, e entregue ao pesquisador. A coleta de dados foi supervisionada em cada unidade por um psicólogo de formação, com quatro a cinco aplicadores. Para a entrada dos dados foi utilizada máscara eletrônica (Access), processo de dupla digitação e Excel. A descrição detalhada dos procedimentos de coleta de dados encontra-se em dois artigos publicados anteriormente.^{19,20}

Procedimentos analíticos

O Questionário Geral foi utilizado para as variáveis socioeconômicas e demográficas que foram codificadas de forma dicotômica, em virtude da homogeneidade da amostra,¹⁹ ou seja, devido a um

pequeno número de participantes em algumas categorias das variáveis. Foram selecionadas as variáveis: idade (variável categórica), sexo, etnia autorreferida, estado civil, escolaridade e renda per capita mensal (Salário Mínimo 2009: R\$ 465,00 e 2010: R\$ 510,00). No mesmo questionário a pergunta “Que sintomas ou problemas o trazem ao médico?” Foi utilizada para a construção da variável: “queixa de dor lombar autorreferida pelo paciente”.

O Formulário do Profissional Assistente foi utilizado para a construção das variáveis: “Sintoma registrado pelo médico” e “Diagnóstico de lombalgia confirmado” (pelo médico de acordo com o CID 10).

Na análise do HAD, foi considerado para casos sugestivos de depressão e ansiedade o ponto de corte de até oito pontos como negativo e a partir de nove pontos como positivo, conforme previamente validado no Brasil.²³ A presença de somatização crônica, a partir do instrumento SOMS-2, foi considerada positiva quando os seguintes critérios estavam presentes: quatro ou mais queixas físicas sem um diagnóstico médico em um período de dois anos²⁸ apresentando algum grau de incapacidade e que tenham afetado o bem-estar.

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Science – SPSS 17* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Inicialmente, realizou-se a estatística descritiva, visando calcular a frequência referente às variáveis sociodemográficas e as variáveis de dor lombar. Em seguida, as frequências foram tabuladas para a caracterização do perfil sociodemográfico dos pacientes com dor lombar e para avaliação da associação entre dor lombar e a situação de saúde mental (ansiedade, depressão e somatização).

Foram calculados *Odds ratio* (OR) com IC de 95% para estimar a associação entre as variáveis de dor lombar (“queixa autorreferida pelo paciente”, “sintoma registrado pelo médico” e “diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico”) e a presença de sofrimento psicológico (“depressão provável”, “ansiedade provável” e somatização). Foram realizados teste do Qui-quadrado (X^2), com um valor-p de 5% para avaliar a associação existente entre as variáveis e comparar as divergências entre as frequências observadas e esperadas. Foi também calculado o OR de Mantel-Haenszel e estratificado por município, bem como respectivos IC 95% e p-valor, para todos os desfechos sob investigação, considerando as exposições de saúde mental (depressão, ansiedade e somatização).

Aspectos éticos e financiamento

O protocolo de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todos os quatro municípios permitiram a investigação em seus centros de saúde da Atenção Primária. Encontra-se devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sob o número N^o 2257-CEP/HUPE, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob número N^o 34/09 CAAE n^o: 0031.0.314.000-09.

A pesquisa fonte (“*Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento*”) foi financiada pelo CNPq e a CAPES forneceu bolsa de mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM/UERJ) para o desenvolvimento da pesquisa atual.

Resultados

Dados sociodemográficos e prevalência de dor lombar

No total de 1857 pacientes, encontramos uma distribuição com maioria de mulheres (77,3%) com mais de 35 anos de idade e mais de quatro anos de estudo, sendo a maioria casadas, de etnia autorrelatada como não branca. A quase totalidade dos pacientes declarou uma renda per capita inferior a um salário-mínimo e meio na época, ou seja, no ano de 2009 menos que R\$ 697,50 e no ano de 2010 menos que R\$ 765,00, conforme Tabela 1. A prevalência de pacientes com dor lombar foi de 118 (7%) para queixa autorreferida pelo paciente, de 85 (5%) para o sintoma registrado pelo médico e 36 (2%) para o diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes entrevistados. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, 2009/2010.

Características	Amostra Total (%)	Queixa de dor lombar autorreferida pelo paciente (%)	Sintoma de dor lombar registrado pelo médico (%)	Diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico (%)
	(N=1857)	(N=118)	(N=85)	(N=36)
Gênero				
Feminino	77,3	78,0	71,8	66,6
Faixa etária (anos)				
>35	67,7	73,8	69,4	69,5
Renda per capita mensal				
<1,5 SM	86,0	86,4	87,1	86,1
Cor				
Não branca	70,8	69,5	64,7	63,8
Estado civil				
Casados/União	61,1	61,9	68,2	66,6
Nível de escolaridade (anos)				
4 ou mais	67,4	69,5	62,4	63,8

Associações de dor lombar com depressão, ansiedade e somatização

Os dados da Tabela 2 mostram as associações entre a queixa autorreferida de dor lombar e sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e somatização) em que se verificou uma associação significativa com ansiedade (OR=1,49; IC 95% 1,02 a 2,16) e somatização (OR=1,80; IC 95% 1,12 a 2,88), mas não com depressão (OR=1,00; IC 95% 0,66 a 1,55).

Ao analisarmos a Tabela 3, constatamos que não foi observada nenhuma associação significativa entre o sintoma de dor lombar registrado pelo médico, com depressão (OR=0,79; IC 95% 0,46 a 1,34) ansiedade (OR=1,36; IC 95% 0,88 a 2,11) ou somatização (OR=1,11; IC 95% 0,59 a 2,08). Da mesma forma, em relação ao diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico, também não foram verificadas associações significativas com depressão (OR=0,84; IC 95% 0,38 a 1,86), ansiedade (OR=1,68; IC 95% 0,87 a 3,25) ou somatização (OR=1,64; IC 95% 0,71 a 3,80), conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 2. Associação entre ter queixa de dor lombar autorreferida pelo paciente e os desfechos em saúde mental: ansiedade, depressão e somatização. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, 2009/2010.

Desfechos em saúde Mental	Queixa de dor lombar autorreferida pelo paciente				Total		Associação Estatística	
	Não		Sim		N	%	OR bruto (IC 95%) p-valor	OR de MH* (IC 95%) p-valor
	n	%	n	%				
Depressão (N=1857)								
Não	1301	75,0	88	75,0	1389	75,0	1,00	1,02
Sim	438	25,0	30	25,0	468	25,0	(0,66-1,55)	(0,67-1,57)
Total	1739	100,0	118	100,0	1857	100,0	0,954	0,920
Ansiedade (N=1857)								
Não	1096	63,0	63	53,0	1389	62,0	1,49	1,48
Sim	643	37,0	55	47,0	468	38,0	(1,02-2,16)	(1,01-2,15)
Total	1739	100,0	118	100,0	1857	100,0	0,037	0,043
Somatização (N=1857)								
Não	1523	88,0	94	80,0	1617	87,0	1,80	1,71
Sim	216	12,0	24	20,0	240	13,0	(1,12-2,88)	(1,07-2,76)
Total	1739	100,0	118	100,0	1857	100,0	0,013	0,026

* OR de MH: *Odds Ratio* de Mantel-Haenszel.**Tabela 3.** Associação entre ter sintoma de dor lombar registrado pelo médico e os desfechos em Saúde Mental: ansiedade, depressão e somatização. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, 2009/2010.

Desfechos em Saúde Mental	Sintoma de dor lombar Registrado pelo médico				Total		Associação Estatística	
	Não		Sim		n	%	OR bruto (IC 95%) p-valor	OR de MH* (IC 95%) p-valor
	n	%	n	%				
Depressão (N=1857)								
Não	1322	75,0	67	79,0	1389	75,0	0,79	0,82
Sim	450	25,0	18	21,0	468	25,0	(0,46-1,34)	(0,48-1,4)
Total	1772	100,0	85	100,0	1857	100,0	0,382	0,478
Ansiedade (N=1857)								
Não	1112	63,0	47	55,0	1159	62,0	1,36	1,37
Sim	660	37,0	38	45,0	698	38,0	(0,88-2,11)	(0,88-2,13)
Total	1772	100,0	85	100,0	1857	100,0	0,165	0,164
Somatização (N=1857)								
Não	1544	87,0	73	86,0	1617	87,0	1,11	1,02
Sim	228	13,0	12	14,0	249	13,0	(0,59-2,08)	(0,54-1,94)
Total	1772	100,0	85	100,0	1857	100,0	0,737	0,942

* OR de MH: *Odds Ratio* de Mantel-Haenszel.

Na Tabela 5, a análise estatística dos dados mostra que pacientes com 'queixa autorreferida de dor lombar', que não tiveram o sintoma de dor lombar registrado pelo médico, apresentaram uma associação ainda mais forte, com ansiedade (OR=1,65; IC95% 1,03-2,63) e com somatização (OR=2,30; IC95% 1,33 a 3,99), mas não com depressão (OR=1,38; IC95% 0,83 a 2,29).

Tabela 4. Associação entre ter diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico e os desfechos em Saúde Mental: ansiedade, depressão e somatização. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, 2009/2010.

Desfechos em Saúde Mental	Diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico				Total		Associação Estatística	
	Não		Sim		n	%	OR bruto (IC 95%) p-valor	OR de MH* (IC 95%) p-valor
	n	%	n	%				
Depressão (N=1857)								
Não	1361	75,0	28	75,0	1389	75,0	0,84	0,87
Sim	460	25,0	8	25,0	468	25,0	(0,38-1,86)	(0,4-1,92)
Total	1821	100,0	36	100,0	1857	100,0	0,678	0,733
Ansiedade (N=1857)								
Não	1141	63,0	18	50,0	1159	62,0	1,68	1,64
Sim	680	37,0	18	50,0	698	38,0	(0,87-3,25)	(0,84-3,19)
Total	1821	100,0	36	100,0	1857	100,0	0,120	0,145
Somatização (N=1857)								
Não	1588	88,0	29	80,0	1617	87,0	1,64	1,42
Sim	233	12,0	7	20,0	240	13,0	(0,71-3,80)	(0,6-3,33)
Total	1821	100,0	36	100,0	1857	100,0	0,645	0,425

* OR de MH: *Odds Ratio* de Mantel-Haenszel.**Tabela 5.** Associação entre ter Queixa de dor lombar autorreferida e não ter Sintoma registrado pelo médico (uma submostra) e os desfechos em saúde Mental: ansiedade, depressão e somatização. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, 2009/2010.

Desfecho em Saúde Mental	Queixa de dor lombar auto referida sem Sintoma registrado pelo médico				Total		Associação Estatística	
	Não		Sim		n	%	OR bruto (IC 95%) p-valor	OR de MH* (IC 95%) p-valor
	n	%	n	%				
Depressão (N=1857)								
Não	1339	75,0	50	68,0	1389	75,0	1,38	1,37
Sim	445	25,0	23	32,0	468	25,0	(0,83-2,29)	(0,83-2,27)
Total	1784	100,0	73	100,0	1857	100,0	0,200	0,222
Ansiedade (N=1857)								
Não	1122	63,0	37	51,0	1159	62,0	1,65	1,63
Sim	662	37,0	36	49,0	698	38,0	(1,03-2,63)	(1,02-2,61)
Total	1784	100,0	73	100,0	1857	100,0	0,035	0,041
Somatização (N=1857)								
Não	1562	88,0	55	75,0	1617	87,0	2,30	2,28
Sim	222	12,0	18	25,0	240	13,0	(1,33-3,99)	(1,3-3,97)
Total	1784	100,0	73	100,0	1857	100,0	0,000	0,004

* OR de MH: *Odds Ratio* de Mantel-Haenszel.

DISCUSSÃO

Resumo dos principais achados do estudo

No presente estudo, foi encontrada uma prevalência de dor lombar abaixo dos valores encontrados em outros estudos no Brasil e fora do Brasil. Os dados apresentados evidenciaram uma associação estatisticamente significativa entre “queixa autorreferida pelo paciente de dor lombar”, com ansiedade e somatização, mas não com depressão. Pacientes que apresentavam queixa de dor lombar, mas sem o registro do sintoma pelo médico, apresentaram associações ainda mais fortes com ansiedade e somatização.

Fortalezas e limitações do estudo

Por ser um estudo de temporalidade transversal, a maior limitação deste estudo está ligada à impossibilidade de estabelecer relações causais entre as variáveis e investigar a cronificação de dores agudas. Por não ter sido realizada a análise de regressão logística, as interpretações ficaram limitadas. O banco de dados utilizado não foi planejado especialmente para o estudo de dor lombar, portanto, não foi possível o conhecimento da etiologia da dor. Os resultados apresentados neste artigo são consistentes com estudos encontrados na literatura²⁹⁻³¹ em que transtornos de ansiedade e somatização foram mais prevalentes que transtornos depressivos em pacientes com dor lombar. O presente estudo vem reforçar a associação entre os processos psicológicos e dor lombar, e sua importância na APS.

Comparação com a literatura já existente

Mirzamani-Bafghi et al.³² também demonstraram em seu estudo que o problema psicológico mais presente nos pacientes pesquisados com dor lombar foi a ansiedade, e que ela pode ter desempenhado um papel no início, gravidade e exacerbação ou manutenção da dor. Segundo Reme et al.,³¹ a dor lombar e as consequências incapacitantes da ansiedade são tão graves como a depressão e “sugere que a triagem de transtornos de ansiedade pode ser tão importante quanto da depressão em pacientes com dor lombar”.³²

Na literatura, encontramos vários estudos sobre as contribuições dos sintomas de depressão na dor lombar, conforme revisão sistemática e meta-análise realizada recentemente.³³ Entretanto, a ansiedade tem recebido uma atenção reduzida como uma comorbidade em pacientes com dor lombar.³¹

Nos manuais de orientação do Ministério da Saúde (MS) para a APS,¹⁷ os profissionais de saúde, ao atenderem usuários com queixa de dor lombar, são orientados a caracterizar a dor, identificar sintomas neurológicos e realizar uma anamnese adequada. Fornecem orientação para o diagnóstico diferencial, sendo que a depressão e a somatização estão presentes entre os sinais de alerta apresentados para o diagnóstico diferencial, porém a ansiedade não é considerada. De acordo com o estudo atual e outros estudos já citados, a ansiedade pode desempenhar um papel importante em pacientes que apresentam dor lombar, portanto, a avaliação de sintomas ansiosos pode contribuir para melhor avaliação e tratamento.

Em relação à prevalência, encontramos os seguintes resultados de dor lombar: 7% para queixa autorreferida pelo paciente, 5% para sintoma registrado pelo médico e 2% para o diagnóstico de lombalgia confirmado pelo médico. Esses percentuais estão abaixo dos encontrados em estudos na atenção primária fora do Brasil,^{34,35} que encontraram prevalências bem maiores, de 49% e 64,7%.

Em um estudo brasileiro⁵ em comunidade atendida por unidade de atenção primária à saúde com objetivo de investigar a prevalência de dor crônica em uma cidade no estado do Maranhão, o quadro mais prevalente entre os quadros de dor musculoesquelética foi o de dor lombar, com o percentual de 5,12% de todos os indivíduos avaliados. Outro estudo brasileiro⁶ realizado em Fortaleza (Ceará) em uma Unidade de Saúde da Família mostrou que a queixa de dor lombar foi a mais referida pelos entrevistados, com um percentual de 13,8%, valores acima do encontrado no estudo atual. O baixo registro de queixas de dor lombar na pesquisa atual pode indicar uma não valorização dessas queixas por parte dos profissionais de saúde.

Implicações para a pesquisa na área e para a prática dos profissionais

Segundo o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica número 28 (acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica), somente em 20% dos casos de dor lombar são encontradas afecções orgânicas que a justifique.¹⁷ Essas sensações físicas anormais, que podem estar relacionadas a alterações somáticas ou a doenças orgânicas, também estão geralmente associadas a transtornos mentais, ou seja, a sofrimento psíquico inespecífico.

“As doenças são catalogadas em uma sorte de classificação hierárquica, correspondendo à gravidade das lesões anatomopatológicas”, portanto, parece que a percepção dos médicos em relação aos sintomas apresentados pelos pacientes tem “pontos cegos” que estão relacionados aos fatores psicológicos e sociais, privilegiando os biológicos. Esse fato ocorre em função do modelo da sua formação.³⁶ Esses “pontos cegos” podem justificar a diferença encontrada no estudo atual entre a queixa do paciente de dor lombar antes da consulta com o médico e o registro de dor lombar durante a consulta médica.

Cuidar desses casos é uma função, para a qual, “a formação em medicina ainda não está preparada”.⁸ A identificação, o registro e o cuidado dessas queixas são uma tarefa que representa um desafio para os profissionais de saúde da APS, e para os usuários, a não identificação intensifica o sofrimento mental.⁸

A relação médico-paciente é uma interação que pode ser complicada, muitas vezes o paciente não consegue expressar suas queixas durante a consulta e os médicos não conseguem reconhecer a realidade do paciente e, apesar da tentativa de ambas as partes, não se consegue um resultado positivo.³⁷ Nem o paciente consegue referir de forma clara seus sintomas, nem o médico consegue perceber ou entender, a “história” que o paciente almeja contar. No presente estudo encontramos em uma subamostra a presença de associações mais fortes de queixa de dor lombar com ansiedade e somatização, nos casos em que houve uma queixa autorreferida pelos usuários na entrevista com o pesquisador, mas não houve registro do sintoma pelo médico na consulta médica, que ocorreu após a entrevista. Portanto, parece que existem sintomas que não são declarados pelos pacientes aos médicos ou não são identificados, e que esses sintomas podem estar relacionados com quadro de sofrimento emocional.

Existe uma “série significativa de patologias atribuídas à influência exercida sobre o corpo pelas emoções”,³⁶ e não é fácil fazer o diagnóstico quando o paciente apresenta queixas sem uma etiologia orgânica clara. São pacientes que se consideram doentes fisicamente, porém, em uma parcela significativa dos casos, apresentam problemas psicológicos que influenciam de forma significativa na causa dos seus sintomas.³⁶

Nas consultas, espaço considerado com uma dinâmica interpessoal complexa, onde se desenvolve a relação médico e paciente, acontece o encontro de culturas variadas e grupos sociais diferentes, sendo fundamental o desenvolvimento de outros recursos na tentativa de lidar de forma mais eficaz com os usuários que apresentam esses sintomas vagos e difusos.³⁸ É essencial que se considere o usuário dentro do seu contexto, e não só a enfermidade que o acomete, visando uma Clínica ampliada, ou seja, que ultrapasse os procedimentos técnicos padronizados.³⁹

As origens psíquicas das queixas físicas não podem ser abordadas a partir de diagnósticos de exclusão, ou seja, apenas pela eliminação de outras causas possíveis para os sintomas do paciente. Devem ser abordadas dentro do modelo biopsicossocial, considerando todos os aspectos inerentes ao espaço vital do paciente (orgânico, psicológico, cultural e socioeconômico) em que cada aspecto influencia e é influenciado de modo dinâmico.⁴⁰ Sendo assim, esses pacientes, na verdade, podem ter um diagnóstico de transtorno mental, ainda não investigado.

A dor lombar afeta funções físicas, interação social e os aspectos psicológicos dos pacientes. É uma questão de saúde pública, sendo relevante a inserção de propostas, tanto para inclusão de programas de treinamento e educação para os profissionais da APS como de programas de ações educativas para os pacientes, com o objetivo de redução da dor e do impacto negativo que causa na funcionalidade dos mesmos. Entre essas propostas, temos a “*Back School*” (Escola Postural-EP), que, segundo estudos realizados na APS,⁴¹⁻⁴³ mostra efeitos positivos, como a melhora da capacidade funcional e qualidade de vida, e a diminuição gradativa da intensidade de dor, em pacientes com dor lombar que participaram dos programas de EP.⁴¹

Recente estudo publicado pela revista científica *The Lancet*⁴⁴ (uma das mais antigas revistas sobre medicina e das mais prestigiadas), com uma série de três artigos de autores internacionais liderados pela Prof^a Rachele Buchbinder, Universidade Monash, Melbourne, Austrália, abordam questões sobre a dor lombar e chamam a atenção para a necessidade do reconhecimento mundial das disfunções causadas por esse sintoma e da retirada de práticas prejudiciais.

O primeiro artigo⁴⁵ destaca a complexidade dos fatores que influenciam a dor lombar, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos, e principalmente as dificuldades enfrentadas pelos países de baixa e média renda. O segundo artigo⁴⁶ relata as propostas para o tratamento e a carência de estudos a respeito da prevenção da dor lombar. O último artigo⁴⁷ convoca a uma ação mais efetiva, destacando a importância do reconhecimento das dificuldades provocadas pela dor lombar e que não é possível a separação dos fatores sociais e econômicos e das crenças pessoais e culturais, que exercem influência sobre ela.

Existe entre os profissionais da APS uma grande dificuldade em cuidar dos pacientes com “problemas de saúde mental”,⁴⁸ apesar da ocorrência considerável de casos de usuários com os designados transtornos

mentais comuns (TMC). Estes procuram uma unidade de atendimento com o objetivo de minimizar a sua dor, que é manifestada por meio de sintomas vagos e difusos. Frequentemente, a esses usuários são conferidos rótulos, como por exemplo: pitiáticos ou poliqueixosos,⁴⁹ e o cuidado adequado de seu sofrimento emocional fica prejudicado.

Uma sugestão que pode melhorar a formação dos profissionais na APS e reduzir essa dificuldade é promover mais capacitações no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP),⁵⁰ método reconhecido pelo seu amplo potencial de aplicação pelos profissionais de saúde, independentemente da sua formação. Cada vez mais a abordagem centrada na pessoa está ganhando reconhecimento importante como parâmetro de qualidade de assistência. Stewart et al.⁵⁰ apontam que, “quando comparada a modelos tradicionais, a abordagem centrada na pessoa apresenta mais resultados positivos”.

A integração do cuidado em Saúde Mental na prática da APS tem sido “considerado um recurso estratégico para trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico, em virtude da proximidade e do vínculo que é construído com as famílias e comunidades, o que facilita as intervenções do ponto de vista terapêutico.”⁵¹ Os pacientes com queixas físicas inespecíficas, em que se destaca a queixa de dor lombar, constituem um subgrupo particularmente importante dentro destes pacientes.

Os achados mostram que as questões de Saúde Mental estão imbricadas nas queixas relatadas pelos usuários, porém ainda pouca reconhecida e tratada.

Recomenda-se que outros estudos investiguem as relações das queixas relatadas pelos pacientes na APS, com os fatores psicossociais. A importância de mais estudos nessa área está relacionada à necessidade de proteger os pacientes de iatrogenias e pseudodiagnósticos estigmatizantes e de poder fornecer um tratamento mais eficaz e resolutivo.

Referências

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
2. Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37(11):E668-77. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e318241e5de>
3. World Health Organization - WHO. Chronic diseases and health promotion. Geneva: WHO; 2011. [acesso 2017 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
4. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):221-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100025>
5. Cordeiro Q, El Khouri M, Ota D, Ciampi D, Corbett CE. Lombalgia e cefaleia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. *Acta Fisiatr*. 2008;15(2):101-5.
6. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(20):175-81.
7. Vieira A, Nonnenmacher LFQ, Bartz PT, Bueno AF, Macedo DS. Perfil de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas encaminhadas ao “grupo da coluna”. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38(3):571-84. <http://dx.doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380300006>
8. Tófoli LF, Fortes S, Gonçalves DA, Chazan LF, Ballester D. Somatização e sintomas físicos inexplicáveis para o médico de família e comunidade. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade PROMEF. SEMCAD*. 2007;3(2):9-56.
9. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, et al. “Medically unexplained” symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):18. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-017-0592-6>

10. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011;52(3):263-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2011.01.007>
11. Tófoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33 Suppl 1:S59-80.
12. Melzack R. Gate control theory: On the evolution of pain concepts. *Pain Forum*. 1996;5(2):128-38. [http://dx.doi.org/10.1016/S1082-3174\(96\)80050-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1082-3174(96)80050-X)
13. Bener A, Verjee M, Dafeeah EE, Falah O, Al-Juhaishi T, Schlogl J, et al. Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res*. 2013;6:95-101. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S40740>
14. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16(1):3-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
15. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
16. Koerich MHAL. O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde [Tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 380 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
18. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 89 p.
19. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(3):304-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>
20. Gonçalves DA, Mari Jde J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):623-32. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
21. Fortes S, Villano LA, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000066>
22. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):150-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000200010>
23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
24. Fabião C, Costa E Silva C, Fleming M, Barbosa A. SOMS-2: translation into portuguese of the screening for Somatoform Disorders. *Acta Med Port*. 2008;21(3):241-6.
25. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985;15(3):651-9. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700031500>
26. Villano LA, Nanhay ALG, Moraes LR, Costa e Silva JA. Results from the Rio de Janeiro center. In: Ütbs N, ed. *Mental Illness in General Health Care: an International Study*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
27. Villano LA. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [Tese de doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 1998.
28. Gili M, Bauzá N, Vives M, Moreno S, Magallón R, Roca M. Validación de la versión española de la escala Screening for Somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2014;47(5):273-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.001>
29. Manchikanti L, Pampati V, Fellows B, Beyer CD, Damron KS, Barnhill RC, et al. Characteristics of chronic low back pain in patients in an interventional pain management setting: a prospective evaluation. *Pain Physician*. 2001;4(2):131-42.

30. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain*. 2011;15(10):1075-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.04.012>
31. Reme SE, Lie SA, Eriksen HR. Are 2 questions enough to screen for depression and anxiety in patients with chronic low back pain? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(7):E455-62. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0000000000000214>
32. Mirzamani-Bafghi SM, Sadidi A, Sahrai J. Psychological aspects of low back pain. *Arch Iran Med*. [Internet]. 2003 [acesso 2016 Jul 12]; 6(2):91-4. Available from: <http://www.ams.ac.ir.htm>
33. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Ordoñana JR, Machado GC, Prado LR, et al. Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(11):1591-603. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22619>
34. Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários: Sua relação com características sociodemográficas. *Rev Port Clin Geral*. 2005;21(3):259-67.
35. Bener A, El-Rufaie OF, Kamran S, Georgievski AB, Farooq A, Rysavy M. Disability, depression and somatization in a low back pain population. *APLAR J Rheumatol*. 2006;9(3):257-63. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8077.2006.00210.x>
36. Flora FAM. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2006;2(7):203-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2\(7\)56](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2(7)56)
37. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984 p.11.
38. Vescovi RGL, Souza LGS, Avellar LZ. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da atenção primária à saúde. *Psicol Est*. 2015;20(1):71-82. <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.25519>
39. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, das práxis e da arte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3033-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>
40. Fortes S, Tófoli LF, Chazan LF, Ballester D. Queixas Somáticas sem Explicação Médica. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, orgs. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.1138-47.
41. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras*. 2010;18(3):127-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522010000300002>
42. Borges RG, Vieira A, Noll M, Bartz PT, Candotti CT. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre - Brasil. *Motriz*. 2011;17(4):719-27.
43. Bartz PT, Bueno AF, Vieira A. Grupo da coluna na atenção básica. *Cad Educ Saúde Fisiot*. 2015;2(3):53-65.
44. Lancet. Low back pain. Executive Summary. [acesso 2018 Jul 20]. Disponível em: <https://www.thelancet.com/series/low-back-pain>
45. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
46. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
47. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al.; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
48. Chiaverini DH, org. Guia prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
49. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*. 2008;11(3):285-94.
50. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IA, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
51. Bonfim IG, Bastos ENE, Gois CWL, Tofoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(45):287-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>

Uma proposta metodológica para a elaboração de revisões clínicas

A methodological proposal for the preparation of clinical reviews

Una propuesta metodológica para la elaboración de revisiones clínicas

Leonardo Ferreira Fontenelle
Diego José Brandão

Resumo

As revisões clínicas são sumários de evidências com escopo amplo e orientação à prática profissional, ocupando um dos mais altos níveis da pirâmide da assistência à saúde baseada em evidências. Com base nessa pirâmide, refletimos sobre as instruções aos autores de periódicos em medicina de família e comunidade para propor instruções para a escrita de revisões clínicas. As instruções abrangem a busca, avaliação, síntese e análise das evidências clínicas, além do planejamento e redação da revisão. Esperamos que estas instruções ajudem a elevar a quantidade e qualidade das revisões clínicas em medicina de família e comunidade no país.

Palavras-chave: Literatura de Revisão como Assunto; Metodologia; Medicina de Família e Comunidade; Medicina Baseada em Evidências

Universidade Vila Velha (UVV).
Vila Velha, ES, Brasil.
leonardof@leonardof.med.br
(Autor correspondente);
diegojbrandao@yahoo.com.br

Abstract

Clinical reviews are evidence summaries with broad scope and orientation to professional practice, occupying one of the highest levels in the pyramid of evidence-based health care. Based on this pyramid, we reflect on instructions to the authors of journals in family medicine to present instructions on how to write clinical reviews. The instructions cover how to search, appraise, synthesize and analyze clinical evidence, and how to plan and report the review. We hope these instructions will help improve the quantity and quality of clinical reviews in family medicine in Brazil.

Keywords: Review Literature as Topic; Methodology; Family Practice; Evidence-Based Medicine

Resumen

Revisiones clínicas son resúmenes de evidencia con un amplio alcance y orientación a la práctica profesional, ocupando uno de los niveles más altos en la pirámide de la asistencia sanitaria basada en pruebas. Con base en esta pirámide, reflexionamos sobre las instrucciones de los autores de las revistas de medicina familiar para presentar instrucciones sobre cómo escribir revisiones clínicas. Las instrucciones cubren cómo buscar, evaluar, sintetizar y analizar evidencia clínica, y cómo planificar e reportar la revisión. Esperamos que estas instrucciones ayuden a mejorar la cantidad y calidad de las revisiones clínicas en medicina familiar y comunitaria en Brasil.

Palabras clave: Literatura de Revisión como Asunto; Metodología; Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Basada en la Evidencia

Como citar: Fontenelle LF, Brandão DJ. Uma proposta metodológica para a elaboração de revisões clínicas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1871](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1871)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

Leonardo Ferreira Fontenelle tornou-se coeditor da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade antes de esta proposta ter sido aprovada para publicação; e é preceptor de um programa de residência médica em medicina de família e comunidade onde se propõe que os trabalhos de conclusão de curso sejam revisões clínicas. Diego José Brandão é supervisor de um programa de residência médica em medicina de família e comunidade onde se propõe que os trabalhos de conclusão de curso sejam revisões clínicas.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 03/09/2018.

Aprovado em: 03/10/2018.

Introdução

Praticar medicina baseada em evidências significa resolver situações encontradas na prática clínica aliando a melhor evidência disponível ao julgamento profissional e à preferência do paciente.¹⁻³ Infelizmente, a falta de tempo e habilidade de grande parte dos médicos limita a efetividade da análise crítica de artigos enquanto estratégia para a transformação da prática clínica.²⁻⁶

A “pirâmide 5.0 da assistência à saúde baseada em evidências” é um modelo para hierarquizar as fontes de informação conforme sua eficiência e utilidade para os profissionais envolvidas na assistência à saúde.⁷ Quando um profissional de saúde tem uma dúvida, deve consultar primeiramente os níveis superiores da pirâmide, consultando consecutivamente os níveis inferiores, caso necessário.⁷ Uma estratégia ainda mais ágil é utilizar ferramentas de busca federada, como *ACCESSSS* e *Trip*, que retornam simultaneamente resultados para múltiplos níveis da pirâmide.⁷

O topo da pirâmide, “sistemas”, seriam sistemas computadorizados de suporte à decisão, integrados a prontuários eletrônicos para que o profissional nem ao menos precisasse procurar pelas evidências ou recomendações.⁷ Esse tipo de ferramenta para a medicina baseada em evidências continua sendo a menos encontrada, embora algum progresso tenha sido feito nesse sentido.⁷

O próximo nível mais eficiente da pirâmide são os “sumários sintetizados para referência clínica”, que integram diretrizes, revisões sistemáticas e estudos originais em um conteúdo direcionado às necessidades de consulta da prática clínica.⁷ O protótipo desse nível são textos eletrônicos continuamente atualizados, como *DynaMed Plus*, *UpToDate* e *BMJ Best Practice*.⁷

Os próximos níveis são as diretrizes, as revisões sistemáticas e os estudos originais, consecutivamente.⁷ Diretrizes são recomendações derivadas sistematicamente, que integram a melhor evidência, o julgamento profissional e a preferência do paciente;^{7,8} revisões sistemáticas consistem na busca, avaliação e síntese sistemática da evidência disponível sobre questões bem definidas;^{2,7,9} e estudos originais dispensam apresentação. Dentro de cada um desses três níveis da base da pirâmide, profissionais de saúde devem lançar mão preferencialmente de seleções filtradas manualmente, resumidas e avaliadas por terceiros, como no *McMaster PLUS*, *ACP Journal Club* ou os “departamentos” da revista *American Family Physician*.^{7,10}

Revisões clínicas são uma forma popular de atualização clínica, articulando a experiência dos autores ao estado da literatura científica sobre o tema em questão.¹¹ A redação concisa e orientada à prática profissional posiciona os artigos de revisão clínica como uma forma de sumário, apesar da falta de uma atualização contínua.

Muitas revistas focadas em medicina de família e comunidade, além de revistas médicas gerais como *The BMJ* e *New England Journal of Medicine*, reservam um espaço para revisões clínicas. Apresentamos a seguir uma proposta de como o médico de família e comunidade pode elaborar uma revisão clínica com vistas à publicação na forma de artigo em periódico, com ênfase na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Notas metodológicas

Esta proposta foi construída por meio da reflexão sobre as instruções aos autores de revistas voltadas para médicos de família e comunidade. Para serem incluídas, as revistas deveriam estar em atividade,

serem revisadas por pares, e fornecerem instruções aos autores específicas para revisões clínicas. Não foram incluídos anais de congressos, boletins ou revistas que não disponibilizassem as informações em sua página da *World Wide Web* em português, inglês ou espanhol. As revistas foram identificadas a partir do Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS), em julho de 2018, utilizando o descritor *medicina de família e comunidade* ou os termos *family*, *community* ou *general*.

Foram encontradas dez revistas de medicina de família e comunidade atendendo aos critérios de inclusão (Quadro 1). Essas revistas são publicadas por dez diferentes organizações, em sete países e quatro idiomas (uma revista é bilíngue, sendo publicada também em francês). As revistas variaram quanto ao volume de revisões clínicas publicadas anualmente, foco esperado das revisões, número de tipos diferentes de revisão clínica e detalhamento das instruções. As revistas que mais contribuíram para esta proposta foram *American Family Physician* (AFP), *Canadian Family Physician* (CFP), *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* (FMC), *Journal of Family Practice* (JFP), *Journal of the American Board of Family Medicine* (JABFM), *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* (RBMFC) e *Revista Valenciana de Medicina de Familia* (FML).

Quadro 1. Revistas incluídas no desenvolvimento da proposta.

Revista	Endereço
<i>American Family Physician</i> (AFP)	http://www.aafp.org/journals/afp.html
<i>Australian Family Physician</i>	http://www.racgp.org.au/afp
<i>British Journal of General Practice</i>	http://bjgp.org
<i>Canadian Family Physician</i> (CFP)	http://www.cfp.ca
<i>Formación Médica Continuada En Atención Primaria</i> (FMC)	http://www.fmc.es
<i>Hong Kong Practitioner</i>	http://www.hkcfp.org.hk/pages_121_104.html
<i>Journal of Family Practice</i> (JFP)	http://www.mdedge.com/jfponline
<i>Journal of the American Board of Family Medicine</i> (JABFM)	http://www.jabfm.org
<i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i> (RBMFC)	http://www.rbmfc.org.br
<i>Revista Valenciana de Medicina de Familia</i> (FML)	http://www.revistafml.es

O conteúdo das instruções (e as reflexões nele baseadas) foi organizado utilizando o modelo SALSA (“buSca, AvaLiação, Síntese e Análise”),⁹ acrescentando-se ainda uma seção sobre o planejamento e outra sobre a redação da revisão clínica. A reflexão sobre as instruções aos autores teve como referencial a “pirâmide 5.0 da assistência à saúde baseada em evidências”.⁷

Planejando a revisão clínica

Quando se começa a escrever um artigo, é boa prática ter em mente a revista para a qual ele será enviado. No caso de revisões clínicas, isso é ainda mais importante, pois algumas revistas recomendam a submissão de uma proposta antes de a revisão ser iniciada, e as revistas FMC e FML aceitam apenas as revisões clínicas que encomendam. Além disso, uma revista (AFP) não aceita artigos de autores com conflitos de interesse.

Conforme recomendado pela revista com as mais detalhadas instruções aos autores (AFP), antes de buscar evidências é bom escrever uma lista de questões-chave e controvérsias clínicas, para então respondê-las o melhor possível. Em termos de um projeto de pesquisa, se o objetivo geral é revisar as

evidências clínicas para a abordagem da doença hepática gordurosa não alcoólica na atenção primária à saúde, um objetivo específico poderia ser identificar se e quando é necessário encaminhar para biópsia hepática a fim de verificar a presença de esteatohepatite.

Para escolher as questões-chave, é necessário aliar experiência clínica a um estudo prévio da condição clínica (“do que se trata”) e sua epidemiologia. Em geral, esse estudo prévio serve de base para a introdução da revisão clínica. Outra consideração é que essa lista de questões-chave deve ser tão detalhada quanto possível, para facilitar a síntese preliminar das evidências (ver seção “Sintetizando as evidências”).

Buscando as evidências

Ao contrário da maioria dos tipos de revisão de literatura,⁹ as revisões clínicas incluem preferencialmente revisões sistemáticas e diretrizes clínicas. As pesquisas originais são utilizadas apenas quando alguma questão-chave não pode ser adequadamente respondida com os níveis superiores da pirâmide. Por outro lado, sendo um sumário das evidências clínicas disponíveis, as revisões clínicas não devem utilizar outros sumários como referência.

Diretrizes clínicas e revisões sistemáticas podem ser buscadas com o filtro “systematic reviews” do PubMed Clinical Queries ou com o tipo de estudo “revisão sistemática” do índice LILACS (Quadro 2). Revisões produzidas pela *Cochrane Collaboration* podem ser encontradas tanto através do *PubMed Clinical Queries* quanto na própria *Cochrane Library*. Infelizmente, a *National Guidelines Clearinghouse* e a *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE) deixaram de ser atualizadas, respectivamente, pelo governo dos Estados Unidos da América e pelo *Centre for Reviews and Dissemination*. Quando necessário, artigos originais podem ser encontrados através dos filtros “clinical study categories” da *PubMed Clinical Queries* ou os “tipos de estudo” correspondentes da LILACS.

Quadro 2. Recursos para a busca de evidências clínicas.

Recurso	Endereço
<i>ACCESSSS Federated Search</i>	https://www.accessss.org
<i>ACP Journal Club</i>	https://annals.org/aim/journal-club
<i>BMJ Best Practice</i>	https://brasil.bestpractice.bmj.com
<i>Cochrane Library</i>	http://www.cochranelibrary.com
<i>DynaMed PLUS</i>	http://psbe.ufrn.br
<i>Epistemonikos</i>	https://www.epistemonikos.org
<i>Evidence-Based Medicine Guidelines</i>	http://www.ebm-guidelines.com
<i>Guidelines International Network</i>	https://www.g-i-n.net
LILACS	http://lilacs.bvsalud.org
<i>McMaster PLUS</i>	https://www.accessss.org
<i>PubMed Clinical Queries</i>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical
<i>Trip</i>	https://www.tripdatabase.com
<i>UpToDate</i>	https://www.uptodate.com

Na prática, é mais vantajoso usar buscas federadas como *ACCESSSS* e *Trip* (Quadro 2), que permitem a busca simultânea em várias bases de dados (exceto LILACS). No caso de artigos originais, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas, essa busca abrange a seleção filtrada manualmente, resumida e avaliada de *McMaster PLUS*, *ACP Journal Club* e *Evidence-Based Medicine Guidelines*, além da seleção filtrada automaticamente de *PubMed Clinical Queries*. A *ACCESSSS* busca ainda os sumários clínicos *DynaMed PLUS*, *UpToDate* e *Best Practice*.

A estratégia de busca é geralmente simples, consistindo em palavras-chave e termos correlatos ao tema da revisão clínica, como “(depression OR ‘feeling depressed’) OR ‘depressive disorder’”. Dentre os recursos listados no Quadro 2, LILACS e *PubMed Clinical Queries* são os únicos a contar com palavras-chave padronizadas, chamados respectivamente DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*). Caso o número de resultados seja excessivo, pode-se restringir a busca acrescentando termos como “primary health care” e “family practice”.

A mesma estratégia de busca pode ser utilizada para encontrar artigos originais, utilizando filtros apropriados na *PubMed Clinical Queries*, LILACS ou *ACCESSSS*, caso as revisões sistemáticas e diretrizes clínicas não bastem para responder às questões-chave. Para evitar um número excessivo de artigos, a estratégia de busca pode receber termos relacionados à atenção primária à saúde e/ou medicina de família e comunidade, ou implementar a estratégia PICOS (pacientes, intervenção, comparação, desfecho, tipo de estudo)¹² no caso de evidências sobre intervenções. A *AFP* recomenda ainda uma outra forma de complementar a busca por evidências: incluindo artigos originais citados por sumários como *DynaMed*, *BMJ Best Practice* ou *UpToDate* (Quadro 2); o *Clinical Evidence* foi descontinuado.

Ao contrário das revisões sistemáticas, as revisões de literatura não precisam – nem devem – incluir todas as evidências clínicas aplicáveis. Basta incluir as diretrizes clínicas e revisões sistemáticas mais recentes, abrangentes e relevantes. De uma forma geral, referências publicadas há mais de 10 anos só devem ser utilizadas em casos especiais. Com relação à relevância, devem ser enfatizados estudos realizados na atenção primária à saúde e/ou que abordaram desfechos clinicamente relevantes, como recomendado pela RBMFC.

Ao fim da busca por evidências, o autor da revisão clínica tem uma lista de referências, que podem ser organizadas com um editor de textos (como *Word* ou *LibreOffice*), bloco de notas (como *Evernote*, *Keep* ou *SimpleNote*) ou gerenciador de referências bibliográficas (como *EndNote*, *Mendeley* ou *Zotero*). Não é necessário registrar quais, ou quantas, referências deixaram de ser incluídas.

Avaliando as evidências

A robustez de uma revisão depende não apenas de seus métodos, mas também da robustez dos estudos nela incluídos. Por isso, algumas revistas dos Estados Unidos (*AFP*, *JFP*, *JABFM*) orientam os autores de revisões clínicas a avaliar a força das recomendações utilizando a *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT).¹³ A *CFP* deixou a SORT em favor de uma classificação, ainda mais simples, descrita em suas instruções aos autores. A RBMFC não exige a avaliação das evidências, mas instrui os autores a preferir evidências sobre desfechos clínicos relevantes, o que acaba melhorando a força das recomendações.

A SORT foi desenvolvida especificamente para graduar a força das recomendações-chave (diagnósticas, prognósticas ou de tratamento/prevenção/rastreamento) em revisões clínicas em medicina de família e comunidade. A força de uma recomendação é baseada na qualidade dos estudos individuais e na consistência entre os estudos que dão suporte a cada recomendação. A qualidade dos estudos individuais é avaliada pelo tipo de delineamento (por exemplo: revisão sistemática, ensaio controlado randomizado, série de casos), entre outras características do estudo. O fato de um estudo não avaliar desfechos orientados ao paciente (apenas orientados à doença, ou de ciência básica) força sua classificação com a pior qualidade.¹³

Caso a força das recomendações seja avaliada apenas para as principais recomendações, como instruído pela AFP, a avaliação das evidências pode ser feita entre as etapas de síntese e análise das evidências. Por outro lado, caso a revisão clínica avalie *todas* as evidências citadas, pode ser mais produtivo avaliar a qualidade dos estudos individuais antes de ou durante a síntese das evidências, para então avaliar a avaliação da consistência entre os estudos (para cada recomendação-chave) e chegar à força das recomendações durante a análise das evidências (ver mais adiante).

A SORT deve ser diferenciada do sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), com ferramentas para a avaliação da qualidade da evidência, graduação das recomendações e tomada de decisão.^{2,14-18} O GRADE se tornou o padrão de fato para revisões sistemáticas e diretrizes clínicas,² mas ainda não está claro como seria utilizado para a elaboração revisões clínicas. Talvez a adoção do GRADE pelo *UpToDate* possa iluminar a forma de adoção do GRADE em revisões clínicas.¹⁹

Sintetizando as evidências

Assim como em outros tipos de revisão, a elaboração de uma revisão clínica passa pela síntese das milhares de palavras das evidências incluídas. Essa síntese não é incluída no artigo final, e não é mencionada nas instruções aos autores das revistas consultadas. A síntese proposta a seguir é uma forma de organização para as etapas seguintes, evitando o imobilismo que pode seguir-se à busca de evidências.

A síntese das evidências clínicas é uma forma de fichamento: as referências obtidas na etapa de busca já foram registradas, agora se registram as principais conclusões. Quem imprime os artigos pode preferir fazer anotações ou destacar trechos nos artigos, mas para quem trabalha diretamente no computador a estratégia mais eficiente é organizar as conclusões por questão-chave.

Começa-se com um documento eletrônico em branco (num editor de texto ou bloco de notas), documento esse que é preenchido com as seções do manuscrito como deverá ser enviado à revista. Dentro de cada seção, coloca-se um subtítulo para cada questão-chave; e cada conclusão é colocada sob a questão-chave correspondente. Não é necessário anotar a referência completa para cada conclusão registrada: basta citar autor e ano, para o autor da revisão identificar a referência na lista de referências elaborada durante a etapa de busca por evidências.

O Quadro 3 ilustra parcialmente essa síntese de evidências, incluindo citações para uma lista de referências organizada à parte, e ainda uma avaliação da qualidade individual dos artigos.

Quadro 3. Exemplo parcial de síntese preliminar.

- Avaliação
 - Como diferenciar a cólica renal de outras dores abdominais?
 - Os resultados claramente mostram que dor abdominal aguda com apetite normal, curta duração da dor (≤ 12 h), dor à percussão lombar ou renal e hematúria (> 10 eritrócitos) são indicativos de cólica renal aguda [...]. Adicionalmente, a possibilidade de pielonefrite obstrutiva em combinação com cólica renal deve ser considerada clinicamente. [Eskelinen et al., 1998 – SORT 2]
 - O escore STONE pode agregar pacientes em grupos de baixo, médio e alto risco, e prediz a litíase ureteral com mais especificidade do que a intuição médica. No entanto, em sua presente forma, o escore STONE carece de acurácia suficiente para permitir aos clínicos deixar de solicitar tomografia computadorizada para um cálculo ureteral suspeito. [Wang et al., 2016 – SORT 2 (o STONE original foi validado, mas sua modificação, não)]
- Recomendações
 - Como fazer a analgesia inicial da cólica renal aguda?
 - Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são um tratamento efetivo para a cólica renal quando comparados a placebo ou antiespasmódicos. A adição de antiespasmódicos aos AINE não resulta em melhor controle da dor. Dados sobre outras medicações não opioides, não AINE são escassos. Não foram relatados na literatura efeitos adversos maiores pelo uso de AINE para o tratamento da cólica renal. [Afshar et al., 2015 – SORT 2]
 - Qual é o papel da terapia expulsiva no manejo conservador da cólica renal?
 - Houve evidência de moderada qualidade de que bloqueadores alfa facilitam a passagem de cálculos ureterais. [...] Não parece haver benefício para o tratamento com bloqueadores alfa entre pacientes com cálculos ureterais pequenos. Pacientes com cálculos maiores tratados com bloqueadores alfa, no entanto, têm um risco 57% de expelir o cálculo em comparação aos controles. O efeito dos bloqueadores alfa foi independente da localização do cálculo. Em comparação aos controles, pacientes que receberam bloqueadores alfa tiveram tempos significativamente mais curtos até a passagem do cálculo (evidência de moderada qualidade), menos episódios de dor (evidência de baixa qualidade), menor risco de intervenções cirúrgicas (evidência de moderada qualidade), e menor risco de admissão ao hospital (evidência de moderada qualidade). O risco de um evento adverso sério foi semelhante entre os de grupos tratamento e controle (evidência de baixa qualidade). [Hollingsworth et al., 2016 – SORT 2]

Analisando as evidências

O objetivo de uma revisão clínica é informar a prática profissional, e não apenas sistematizar a literatura científica. Ao elaborar uma revisão clínica, o autor deve ter em mente a sequência das informações a serem coletadas na consulta e das decisões a serem tomadas, e utilizar seu discernimento profissional para contextualizar as evidências clínicas nessa sequência.

Esse discernimento profissional transparece ao longo de todo o artigo, e algumas revistas (AFP, JFP, RBMFC) recomendam especificamente que os autores apresentem seus comentários ao longo da apresentação das evidências clínicas. É uma situação análoga à de muitos artigos de pesquisa qualitativa, que discutem os resultados na medida em que os vão relatando.

A análise das evidências clínicas é incorporada não apenas no texto, mas também nas ilustrações. A RBMFC, por exemplo, espera dos autores que forneçam para a seção de avaliação um fluxograma, e para a seção de recomendações um quadro com as principais recomendações e as evidências que lhe dão suporte. Na AFP, a força das recomendações é apresentada no quadro com as principais recomendações, além de ao longo do texto.

Redigindo a revisão clínica

Cada revista fornece instruções específicas sobre como apresentar a revisão clínica. As revistas variam com relação ao limite de números de palavras, conjunto de seções e tipo de ilustrações. A RBMFC, por exemplo, tem um limite de 2.500 palavras; exige as seções Introdução, Métodos e Considerações finais; e sugere tabelas, gráficos e fluxogramas em certas seções.

Como outros tipos de artigo, a revisão clínica não precisa ser escrita de forma linear. Mesmo assim, pode ser que a introdução já esteja quase pronta desde o começo, graças à recapitulação da patologia e da epidemiologia realizada para escolher as questões-chave. A seguir, se descreve a estratégia de busca, que também pode ser aproveitada em grande do que se escreveu durante o planejamento da revisão clínica. As seções seguintes podem ser escritas mais ou menos em qualquer ordem, e as ilustrações (quadros, fluxogramas...) podem ser preparadas antes ou depois do texto propriamente dito. A discussão ou conclusão, quando exigida pela revista, deve ser a última ou uma das últimas partes a ser escrita.

Cumprir destacar que a própria elaboração de uma revisão clínica (ou qualquer tipo de artigo) não é tão linear quanto possa parecer. A escolha do tema se dá mais ou menos ao mesmo tempo que a escolha da revista, e pode ser reconsiderada após a busca das evidências. Da mesma forma, as questões-chave correm o risco de serem revistas após a síntese ou a análise das evidências. Embora a busca por revisões sistemáticas e diretrizes clínicas seja feita de uma só vez, a síntese das evidências pode identificar lacunas a serem preenchidas com buscas por pesquisas originais, focadas em questões específicas. Por fim, a análise das evidências é frequentemente entrelaçada com a redação do artigo, pois os resultados da análise precisarão ser registrados de alguma forma, e a redação do artigo frequentemente força o autor a pensar mais claramente sobre o assunto.

Considerações finais

As revisões clínicas são definidas pela dualidade da medicina como uma ciência e uma arte. Elas precisam ser elaboradas de forma rigorosa, compatível com sua relevância, ao mesmo tempo em que exigem de seus autores experiência clínica para situar as evidências clínicas no contexto da assistência à saúde e redigir um artigo cuja leitura seja instrutiva. Trata-se essencialmente de transformar o processo de autoinstrução profissional através do cuidado redobrado em cada uma de suas etapas.

É interessante observar como as revisões clínicas compartilham características de diversos tipos de revisão de literatura. As revisões clínicas vão além da síntese de evidências, como as revisões críticas; têm o objetivo de informar a prática, como as revisões rápidas; concentram-se na literatura mais recente, como as revisões do estado da arte; e têm um escopo amplo e privilegiam as melhores evidências, como as pesquisas sistemáticas seguidas de revisão. A considerável sobreposição entre os diversos tipos de revisão de literatura é um fenômeno já conhecido, o que não significa que esses tipos sejam intercambiáveis.⁹

Esta proposta metodológica deve ser comparada a duas outras disponíveis na literatura. Na primeira proposta, o editor-chefe da AFP e colaboradores orientam a preparação de revisões clínicas para a própria revista.²⁰ Apesar de muito daquela proposta continuar válido, alguns aspectos deixaram de ser favorecidos pela própria revista, que atualmente não cita o artigo em suas instruções aos autores.

A outra proposta diz respeito às “revisões baseadas na evidência”, um tipo de revisão frequentemente confundido com revisões clínicas.²¹ Assim como as revisões clínicas, as revisões baseadas na evidência incorporam tanto artigos originais quanto revisões sistemáticas e diretrizes clínicas (“normas de orientação clínica”, em português europeu), e frequentemente avaliam a força das evidências com o SORT. No entanto, as revisões baseadas na evidência são consideradas uma forma especial de revisão sistemática e, como tais, têm perguntas bem definidas e relatam o percurso de obtenção das evidências.²¹ Cumpre mencionar ainda a proposta de Savassi et al.²² para a “busca de evidências em atenção primária à saúde”, que traz instruções semelhantes para a resolver dúvidas clínicas mas não chega a desenvolver as demais etapas da elaboração de uma revisão clínica.

A medicina de família e comunidade no Brasil tem uma considerável produção de sumários de evidências clínicas, na forma de livros-texto baseados em evidências e programa de educação continuada. A produção de revisões clínicas, no entanto, não tem sido tão expressiva, apesar da recente ênfase pela RBMFC.²³ Mesmo sem a pretensão de ser a última palavra sobre o assunto, espera-se que esta proposta metodológica seja útil para estimular e instrumentalizar a produção de mais e melhores revisões clínicas em medicina de família e comunidade em nosso país.

Agradecimentos

Este artigo não seria possível sem os (atuais e ex-) médicos residentes em medicina de família e comunidade da Universidade Vila Velha, que identificaram dificuldades na elaboração do trabalho de conclusão de curso e avaliaram a utilidade de versões preliminares deste artigo.

Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
2. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*. 2017;390(10092):415-23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6)
3. Smith R, Rennie D. Evidence-based medicine—an oral history. *JAMA*. 2014;311(4):365-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.286182>
4. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ*. 2000;320(7240):954-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7240.954>
5. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ, et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ*. 2002;324(7339):710. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7339.710>
6. Green ML, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med*. 2005;80(2):176-82. <https://doi.org/10.1097/00001888-200502000-00016>
7. Alper BS, Haynes RB. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evid Based Med*. 2016;21(4):123-5. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110447>
8. Institute of Medicine (U.S.). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
9. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Inf Libr J*. 2009;26(2):91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
10. Haynes RB, Cotoi C, Holland J, Walters L, Wilczynski N, Jedraszewski D, et al.; McMaster Premium Literature Service (PLUS) Project. Second-order peer review of the medical literature for clinical practitioners. *JAMA*. 2006;295(15):1801-8. <https://doi.org/10.1001/jama.295.15.1801>

11. Vetter N. What is a clinical review? *Rev Clin Gerontol*. 2003;13(2):103-5. <https://doi.org/10.1017/S0959259803013212>
12. O'Connor D, Green S, Higgins JPT. Defining the review question and developing criteria for including studies. In: Higgins JPT, Green S, Cochrane Collaboration, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Cochrane Book Series. Chichester (UK); Hoboken (USA): Wiley-Blackwell; 2008.
13. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(1):59-67. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
14. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
15. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al.; GRADE Working Group Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ*. 2008;336(7654):1170-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.39504.506319.80>
16. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
18. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):380-2. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.011>
19. Agoritsas T, Merglen A, Heen AF, Kristiansen A, Neumann I, Brito JP, et al. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018593. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018593>
20. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to Write an Evidence-Based Clinical Review Article. *Am Fam Physician*. 2002;65(2):251-8.
21. Braga R, Melo M. Como fazer uma revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*. 2009;25(6):660-6.
22. Savassi LCM, Oliveira ACD, Dias RB. Proposta de metodologia de busca de evidências em Atenção Primária à Saúde: o exemplo da osteoporose em homens. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2008;4(15):205-21. [https://doi.org/10.5712/rbmfc4\(15\)177](https://doi.org/10.5712/rbmfc4(15)177)
23. Norman AH. A RBMFC e o desafio da educação médica continuada. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):3-5. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)719](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)719)

Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil

Prevalence of absenteeism in medical appointments in a basic health unit in the south of Brazil

Prevalencia de absentismo en consultas médicas en una unidad básica de salud en el sur de Brasil

Gabriela Silva da Silveira
Pedro Rotta de Ferreira
Denise Silva da Silveira
Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. gabrielasdsilveira@gmail.com
(Autor correspondente);
pedrordeferreira@gmail.com;
denisilveira@uol.com.br;
fcvsiqueira@uol.com.br

Resumo

Introdução: O absenteísmo às consultas médicas previamente marcadas é um problema que interfere com a efetividade dos serviços de saúde. Neste contexto, a reorganização da agenda dos profissionais é central no sentido de garantir o acolhimento e a continuidade do cuidado. **Objetivo:** Descrever a prevalência de absenteísmo a partir da agenda de atendimento médico de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) de ensino de graduação e pós-graduação do município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com a totalidade dos agendamentos de um mês de atendimento de cada estação do ano, entre julho de 2016 e abril de 2017. Os dados foram coletados da agenda física local, digitados e analisados em planilha Excel[®]. **Resultados:** De 3.131 consultas médicas agendadas, foram computadas 598 faltas, resultando em uma prevalência de absenteísmo de 19,2% (IC95% 17,7-20,8). Dos 153 turnos de atendimento, em apenas 2% não ocorreram ausências e, entre os demais, a prevalência variou de 4,2% a 45%. Na distribuição do absenteísmo entre os sete grupos de consultas pesquisados destacaram-se os 62,3% de absenteísmo para os atendimentos de clínica geral e os 12,2% para a realização de exame citopatológico de colo uterino. **Conclusão:** Os resultados mostram uma elevada prevalência de absenteísmo, especialmente nas consultas de clínica médica, o que pode acarretar problemas tanto para a continuidade do cuidado, especialmente aos usuários da clínica geral, quanto para o ensino médico na APS. Este achado é superior ao encontrado por Tristão et al. em um estudo brasileiro em serviços de saúde ambulatoriais, e inferior ao resultado descrito por Izecksohn e Ferreira em um Centro de Saúde Escola. Os autores sugerem a necessidade de mudanças organizacionais na oferta de consultas objetivando ampliar o acesso e facilitar a adesão às consultas agendadas, de forma a garantir a longitudinalidade do cuidado.

Palavras-chave: Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde; Absenteísmo; Cuidados Médicos

Como citar: Silveira GS, Ferreira PR, Silveira DS, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1836](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1836)

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: 09/08/2018.
Aprovado em: 26/11/2018.

Abstract

Introduction: The absenteeism at scheduled medical appointments is a problem that interferes with the effectiveness of health services. In this context, the reorganization of the professionals schedule is central in ensuring the reception and continuity of care. **Objective:** To describe the prevalence of absenteeism from the health care agenda of a primary health care service (APS) for undergraduate and postgraduate education in the municipality of Pelotas, state of Rio Grande do Sul. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with all the schedules of one month of medical appointments in each season between July 2016 and April 2017. The data were collected from the local appointment system, typed and analyzed in an Excel® worksheet. **Results:** Of the 3,131 scheduled medical appointments, 598 absences were recorded, resulting in a prevalence of absenteeism of 19.2% (95% CI, 17.7-20.8). Of the 153 care shifts in only 2%, there were no absences and, among others, the prevalence ranged from 4.2% to 45%. In the distribution of absenteeism among the seven groups of consultations surveyed, 62.3% of absenteeism was observed for general practitioner and 12.2% for the accomplishment of cytopathological exam of the uterine cervix. **Conclusion:** The results show a high prevalence of absenteeism, especially in medical clinic visits, which can lead to problems both for continuity of care, especially for general practitioners, and for medical teaching in APS. This finding is superior to that found by Tristão et al. in a Brazilian study on outpatient health services, and lower than the result described by Izecksohn and Ferreira in a School Health Center. The authors suggest the need for organizational changes aiming at increasing access and facilitating adherence to scheduled appointments, in order to guarantee the longitudinality of care.

Keywords: Epidemiology; Primary Health Care; Absenteeism; Medical Care

Resumen

Introducción: El absentismo a las consultas previamente marcadas es un problema que interfiere con la efectividad de los servicios de salud. En este contexto, la reorganización de la agenda de los profesionales es central en el sentido de garantizar la acogida y la continuidad del cuidado. **Objetivo:** Describir la prevalencia de absentismo a partir de la agenda de atención médica de un servicio de Atención Primaria a la Salud (APS) de enseñanza de graduación y postgrado del municipio de Pelotas, en el estado de Rio Grande do Sul (RS). **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con la totalidad de la planificación de un mes de atención de cada estación del año, entre julio de 2016 y abril de 2017. Los datos fueron recolectados de la agenda física local, digitados y analizados en hoja de cálculo Excel®. **Resultados:** De 3.131 consultas médicas programadas fueron computadas 598 faltas, resultando en una prevalencia de absentismo del 19,2% (IC95% 17,7-20,8). De los 153 turnos de atención en apenas 2% no ocurrieron ausencias y, entre los demás, la prevalencia varió del 4,2% al 45%. En la distribución del absentismo entre los siete grupos de consultas encuestadas se destacaron el 62,3% de absentismo para las atenciones de clínica general y el 12,2% para la realización de examen citopatológico del cuello del útero. **Conclusión:** Los resultados muestran una elevada prevalencia de absentismo, especialmente en las consultas de clínica médica, lo que puede acarrear problemas tanto para la continuidad del cuidado, especialmente a los usuarios de la clínica general, como a la enseñanza médica en la APS. Este hallazgo es superior al encontrado por Tristão et al. en un estudio brasileño en servicios de salud de ambulatorios, e inferior al resultado descrito por Izecksohn y Ferreira en un Centro de Salud Escuela. Los autores sugieren la necesidad de cambios organizacionales en la oferta de consultas con el objetivo de ampliar el acceso y facilitar la adhesión a las consultas programadas, para garantizar la longitudinalidad del cuidado.

Palabras clave: Epidemiología; Atención Primaria de Salud; Absentismo; Atención Médica

Introdução

No Brasil, foram observadas diversas tentativas de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo do século XX. Todavia, apenas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e com a municipalização do SUS em 1990, é que se iniciou uma estruturação mais uniforme da APS, sob a responsabilidade dos municípios brasileiros, com incentivo financeiro e de normatizações do Ministério da Saúde.^{1,2} O modelo atual de atenção primária é representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e pelas Equipes de Atenção Básica. A Unidade Básica de Saúde é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Suas instalações visam à proximidade com a população, onde trabalha, estuda e vive, o que facilita o acesso e promove uma saúde de qualidade.^{2,3}

Entretanto, segundo pesquisas, a efetividade dos atendimentos pode estar comprometida devido a um problema crônico: o absentismo às consultas previamente marcadas por parte dos usuários.^{4,6} Somado ao não comparecimento a exames de apoio diagnóstico, o absentismo alcança prevalência global em torno de 25% em ambulatório especializado, de acordo com o estudo de Oleskovicz et al.⁴ No contexto de Unidade Básica de Saúde, Tristão et al.⁵ encontraram prevalência de absentismo em 13,5% e 11,8%

nos anos de 2014 e 2015, respectivamente, enquanto para Izecksohn e Ferreira⁶ a prevalência de não comparecimento atingiu 48,9%.

Diante desse quadro, se vê a necessidade de maior atenção no funcionamento das agendas dos profissionais de saúde, que é recurso-chave tanto para garantir retaguarda ao acolhimento quanto a continuidade do cuidado.^{7,8} Assim, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Desse modo, é essencial que seja construída com base em critérios específicos e que seja constantemente avaliada, visto que há relação direta entre tempo de espera de consulta e o absenteísmo.^{7,9}

Na atualidade, a ampliação do acesso, a reorganização das agendas dos profissionais nas Unidades de Saúde e seu processo de trabalho são temas amplamente discutidos para o desenvolvimento e a consolidação da APS.^{3,7,8,9} Neste sentido, serviços de APS do Brasil e fora do país iniciaram uma abordagem de organização do acesso conhecida como acesso avançado, acesso aberto ou consultas do dia. Na prática, essa abordagem já tem comprovado um equilíbrio entre a demanda e a oferta, diminuição do tempo de espera, ausência da necessidade de reserva de vagas e diminuição do absenteísmo, de forma a proporcionar longitudinalidade e decréscimo da demanda.^{9,10}

No artigo de Murray e Berwick¹⁰ foram identificados alguns desafios para melhorar o acesso e, conseqüentemente, otimizar a utilização de recursos, entre eles: evitar uma agenda fragmentada em função de grupos por afecções e faixas etárias; evitar pré-agendamentos prolongados; envolver todos os profissionais disponíveis no cuidado; instituir trabalho em equipe voltado para as necessidades da população; e definir um tempo estimado para a consulta pré-agendada.

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de absenteísmo em uma Unidade Básica de Saúde em distintas épocas do ano, a partir da agenda de atendimento médico de um serviço de APS de ensino de graduação e pós-graduação do município de Pelotas (RS).

Métodos

Esse trabalho consiste em um estudo transversal, descritivo, baseado em dados secundários de um serviço de Atenção Primária à Saúde responsável por uma população adstrita de 8000 pessoas. Foram incluídos no estudo todos os casos de pacientes com consultas agendadas em uma Unidade Básica de Saúde, com três equipes de Estratégia de Saúde da Família, docente-assistencial, integrante da rede de atenção à saúde, pertencente à Universidade Federal de Pelotas, no período analisado. Os atendimentos médicos foram realizados por alunos de graduação e pós-graduação, sob supervisão de professores e servidores técnico administrativos em educação da instituição de ensino.

A pesquisa foi feita por meio da seleção de um mês por estação do ano entre julho de 2016 a abril de 2017, de forma a verificar possíveis diferenças de prevalência de absenteísmo entre estes. A escolha foi realizada de forma aleatória, propondo relacionar os níveis de abstenção com as características sazonais.

Foram selecionados para o estudo todos os tipos de consulta realizados no ambiente físico da unidade, excluindo-se, portanto, as visitas domiciliares. Na categoria de consultas clínicas foram incluídas consultas de clínica médica geral, pré-natal, puericultura, coleta para exame citopatológico (CP), puerpério, inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e psiquiatria.

A coleta das informações foi realizada a partir de dados secundários, sob a responsabilidade da equipe organizadora do projeto mediante autorização da chefia do local. A escolha da UBS foi determinada a partir do conhecimento de que a UBS estudada dispunha dos dados necessários. Posteriormente, esses dados foram digitados em planilha Excel® e conferidos para verificação de erros de digitação. A análise incluiu a frequências simples das variáveis e cálculo de prevalências (para toda a amostra e por mês incluído na pesquisa).

O número de consultas agendadas, a especificação do tipo de consulta e o comparecimento ou ausência dos pacientes constituem os dados coletados para essa pesquisa, e estão inclusos na agenda administrativa da UBS. Tais informações foram conferidas no livro-ata local, no qual todos os pacientes atestam sua presença por meio da assinatura. O Quadro 1 resume as variáveis selecionadas e suas definições.

Quadro 1. Descrição das variáveis selecionadas para o estudo do absenteísmo às consultas agendadas. 2016-2017.

Variável	Definição
Meses e ano de coleta	Julho e outubro de 2016 Janeiro e abril de 2017
Consultas clínicas	Tipo de consulta agendada: clínica geral, pré-natal, puericultura, puerpério, coleta de citopatológico, inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e consultas psiquiátricas.
Turnos	Manhã Tarde

O protocolo do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, via Plataforma Brasil, sob o número CAAE 79677317.1.0000.531 de 8 de novembro de 2017. O coordenador da Unidade Básica de Saúde assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receber as explicações sobre a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema de estudo.

Resultados

Foram analisadas 3.131 consultas médicas enquadradas na categoria “consultas clínicas” em todo o período estudado, que representaram 26% do total dos atendimentos compreendidos entre julho de 2016 a abril de 2017. Destas, foram computadas 598 faltas, totalizando uma prevalência de absenteísmo de 19,2%. (IC95% 17,7-20,8). Dos 153 turnos de atendimento analisados, em apenas 2% destes não ocorreram ausências e, entre os demais, variou de 4,2% a 45%.

A análise do absenteísmo estratificada entre os meses estudados, de forma independente, mostrou discrepância entre as estações do ano. No mês de julho de 2016, das 873 consultas agendadas foram computadas 126 faltas, totalizando uma prevalência de absenteísmo de 14,4%. Em outubro de 2016, das 808 consultas agendadas houve 163 faltas (20,2%). Em janeiro de 2017, das 877 consultas agendadas foram encontradas 160 faltas, com prevalência de absenteísmo de 18,2%. Em abril de 2017, das 573 consultas agendadas foram computadas 149 faltas, o que representou uma prevalência de absenteísmo de 26%. Os dados encontrados estão ilustrados na Figura 1.

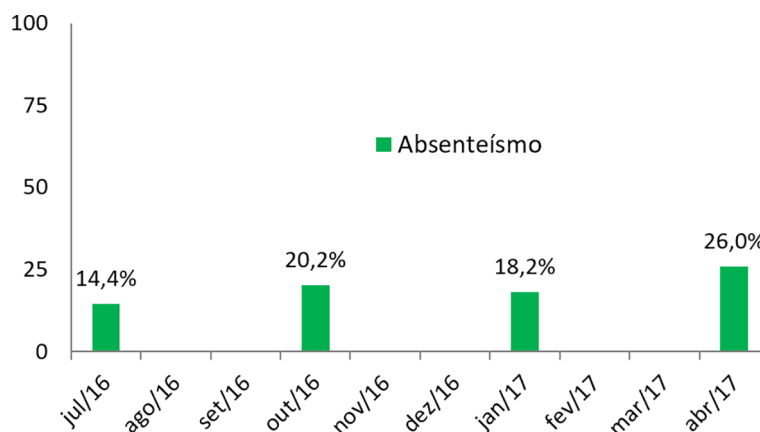


Figura 1. Prevalência de absenteísmo em uma UBS de acordo com os meses da avaliação. 2016, 2017.

Na distribuição do absenteísmo entre os sete grupos enquadrados como Consultas Clínicas, o grupo que se destacou na prevalência de faltas foi o de clínica geral, apontando uma prevalência média de 62,3%, seguido da coleta de citopatológico, com 12,2%. As consultas de puericultura tiveram uma prevalência de 8,9% de absenteísmo, enquanto as de pré-natal totalizaram 8,4%, de psiquiatria 7,2%, e de puerpério e inserção de DIU, respectivamente, 0,7% e 0,3%.

Em uma análise das faltas às consultas de acordo com o tipo de Consulta Clínica por mês da coleta, no mês de julho de 2016, das 77 faltas computadas 51,9% foram de clínica geral, 14,3% de consultas de pré-natal, 15,6% de puericultura, 14,3% de coleta de citopatológico e 3,9% de psiquiatria. Nesse mês, não ocorreram faltas em consultas de puerpério e colocação de DIU. Em outubro de 2016, das 92 ausências descritas, 40,2% foram de clínica geral, 12,0% de pré-natal, 13% de puericultura, 22,8% de CP, 7,6% de psiquiatria, 3,3% de consulta puerperal e 1,1% para colocação de DIU.

Em janeiro de 2017, das 119 faltas, 36,1% foram de clínica geral, 25,2% de coleta de citopatológico, 12,6% de pré-natal, 11,8% de puericultura e 14,3% de psiquiatria. Neste período não ocorreram faltas em consultas de puerpério e colocação de DIU. Por fim, em abril de 2017, das 90 faltas computadas 36,6% foram de clínica geral, 17,8% de consultas de psiquiatria, 16,7% de puericultura, 14,4% de pré-natal, 12,2% de coleta de citopatológico, 1,1% de consultas de puerpério e 1,1% de inserção de DIU.

Discussão

O absenteísmo a consultas previamente marcadas é identificado como um problema crônico dos sistemas de saúde, o que compromete a efetividade dos atendimentos especialmente no contexto de escassez de recursos, justificando adequado estudo e análise. A melhor compreensão do tema possibilita a criação de hipóteses para explicar os motivos de sua ocorrência em cada contexto, contribuindo assim com a gestão e planejamento dos serviços.^{4-6,10,11} A subutilização de consultas médicas é um paradoxo diante das constantes queixas de demanda excessiva por parte de profissionais e de falta de oferta na perspectiva dos usuários.^{4,5,10}

Na atual pesquisa, a prevalência de absenteísmo encontrada foi de 19,2%, resultado intermediário entre os achados de Tristão et al.⁵ e Izecksohn e Ferreira⁶. Esses estudos têm em comum o fato dos dados terem sido coletados de forma secundária e retrospectiva. Todavia, uma das hipóteses para explicar a diferença nos resultados obtidos seria o período analisado: enquanto no nosso estudo a análise foi feita em um mês aleatório a cada estação do ano, Tristão et al.⁵ optaram por estimar a prevalência anual de absenteísmo nos anos de 2014 e 2015. Por outro lado, Izecksohn e Ferreira⁶ optaram por analisar o período de julho a dezembro de 2012. Essas diferenças metodológicas podem explicar os resultados encontrados.

A alta prevalência de absenteísmo encontrada pode ter relação com a forma de organização da agenda do serviço, em que 60% da disponibilidade é ocupada por consultas de marcação anterior a data do atendimento, por fila única diária no início de cada turno. O intervalo entre a marcação e o atendimento é bastante variável, desde poucos dias até um mês, e sem o adequado acolhimento da demanda para a definição de prioridades. A reorganização de agendas é um assunto bastante discutido atualmente e visa estabelecer o equilíbrio entre a oferta e a demanda, diminuir o tempo de espera, acabar com a reserva de vagas e, conseqüentemente, reduzir os índices de absenteísmo. Essas medidas têm o intuito de garantir o acesso e a longitudinalidade.⁷⁻⁹

O não comparecimento em consultas de clínica geral destacou-se entre as demais modalidades em todas as estações do ano. A nossa hipótese para explicar o predomínio de faltas nesta categoria está baseada no fato de que as ações destinadas ao atendimento materno-infantil ocupam lugar de destaque entre as atividades das equipes da APS, historicamente estabelecidas nas políticas públicas de saúde e impulsionadas pela implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Na prática e cotidiano das equipes, mulheres e crianças faltosas recebem uma maior atenção por parte dos profissionais da Unidade Básica, como, por exemplo, pela busca ativa e conseqüente educação em saúde, o que pode contribuir para o comparecimento das consultas nos dias marcados.^{12,13}

O estudo apresenta dados que incentivam a formulação de hipóteses e posteriormente a criação de soluções para o problema em questão. Nesse contexto, sugerimos como possibilidade de reorganização das agendas da unidade a abordagem conhecida como Acesso Avançado, cuja implantação requer o conhecimento dos potenciais benefícios e limitações deste sistema.^{7,8,9,14} Além disso, considera-se importante o envolvimento da população nesse processo, visto que a participação dos usuários é imprescindível para fortalecer da rede de atenção.¹⁵

Conclusão

Os resultados obtidos a partir do estudo mostraram uma elevada prevalência de absenteísmo em consultas em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil. Essa realidade pode acarretar problemas tanto para a continuidade do cuidado, especialmente aos usuários da clínica geral – grupo com a maior prevalência de não comparecimento às consultas, quanto para o ensino médico na APS. Este achado é superior ao encontrado por Tristão et al.⁵, em um estudo brasileiro em serviços de saúde ambulatoriais, e inferior ao resultado de Izecksohn e Ferreira⁶, em um Centro de Saúde Escola.

Os autores sugerem a necessidade de mudanças organizacionais que facilitem a adesão às consultas no serviço de saúde. A abordagem conhecida como Acesso Avançado tem comprovado no ponto de vista prático diversos benefícios, entre eles o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Portanto, é importante que a discussão sobre a reorganização das agendas seja um assunto que ganhe cada vez mais espaço nos ambientes de trabalho, com o intuito de garantir um atendimento integral, universal e, em se tratando de uma unidade-escola, que seja capaz de proporcionar um ensino de qualidade.

Referências

1. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc São Paulo*. 2011;20(4):867-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>
2. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):693-705. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=547206&indexSearch=ID>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial União; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
4. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AF, Custódio I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(5):1009-17. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158612>
5. Tristão FI, Lima RCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(1):54-61. Disponível em: periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/15134/10715
6. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):235-41. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(32)960)
7. Abou Malham S, Touati N, Maillat L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What Are the Factors Influencing Implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A Cross-Case Comparison of Four Early Adopters in Quebec. *Int J Family Med*. 2017;2017:1595406. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1595406>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica Nº 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de 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; 2014.
10. Murray M, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
11. Reid MW, May FP, Martinez B, Cohen S, Wang H, Williams Jr DL, Spiegel BM. Preventing Endoscopy Clinic No-Shows: Prospective Validation of a Predictive Overbooking Model. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(9):1267-73. <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.269>
12. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde Materno-infantil no Brasil: evolução e programa desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev Serv Público*. 2014;65(2):227-44. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>
13. Sena IVA. Qualidade da Atenção Pré-natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: <https://docplayer.com.br/3245800-Qualidade-da-atencao-pre-natal-na-estrategia-saude-da-familia-revisao-de-literatura.html>
14. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011;171(13):1150-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>
15. Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011;12(no. espe):1066-73. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978024>

Self-perception and popular practices of oral health among black slave descendants elderly women in Brazil

Autopercepção e práticas de saúde bucal entre idosas negras descendentes de escravos no Brasil

Autopercepción y prácticas de salud bucal entre las ancianas negras descendientes de esclavos en Brasil

Maria Fernanda Neves Silveira de Souza
Luiza Fernandes Fonseca Sandes
Amanda Miranda Brito Araújo
Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes
Claros, Montes Claros, MG, Brasil.
souza.mfernanda@gmail.com
(Corresponding author);
luizaffsandess@gmail.com;
amandambaraujo@gmail.com;
danielmestradounincor@yahoo.com

Abstract

Objective: To investigate the perception and oral health practices among older quilombola women (black population group, descendants of slaves in Brazil). **Methods:** Qualitative research with elderly women living in a rural community formed by descendants of slaves in Brazil. The study was performed through a semi-structured interview with nine of the rural community residents and following content analysis of the narratives. **Results:** All elderly women are edentulous (partially or totally) and dental problems that led them to use natural means of pain relief were identified. With the analysis of the transcripts, three main categories emerged: the elderly of Quilombola Rural Community Julia Mulata and edentulism; self-perceived oral health of older women of the Quilombola Rural Community Julia Mulata; Popular practices used in the presence of health problems. **Conclusion:** Quilombola elderly consider the loss of teeth as natural aging; they present life stories linked to dental problems; seek to solve their dental problems with the use of traditional folk therapies.

Keywords: Dental Care; Aged; Oral Health; Self-Perception; Medical Anthropology

Resumo

Objetivo: Investigar as práticas de percepção e saúde bucal entre as mulheres quilombolas idosas (grupo da população negra, descendentes de escravos no Brasil). **Métodos:** Pesquisa qualitativa com mulheres idosas que vivem em uma comunidade rural formada por descendentes de escravos no Brasil. Estudo realizado por meio de entrevista semiestruturada com nove moradoras da comunidade e posterior análise de conteúdo das narrativas. **Resultados:** Todas as mulheres idosas são desdentadas (parcialmente ou totalmente) e identificaram problemas dentários que as levaram a usar meios naturais de alívio da dor. Com a análise das transcrições, surgiram três categorias principais: as idosas da Comunidade Rural Quilombola Julia Mulata e o edentulismo; autopercepção da saúde bucal das mulheres idosa da Comunidade Rural Quilombola Julia Mulata; Práticas populares utilizadas na presença de problemas de saúde. **Conclusão:** Idosas quilombolas consideram a perda de dentes como envelhecimento natural; apresentam histórias de vida ligadas a problemas dentários; procuram resolver os seus problemas dentais com o uso de terapias populares tradicionais.

Palavras-chave: Cuidados Dentários; Idoso; Saúde Bucal; Autopercepção; Antropologia Médica

Cite as: Souza MFNS, Sandes LFF, Araújo AMB, Freitas DA. Self-perception and popular practices of oral health among black slave descendants elderly women in Brazil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1697](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1697)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

3057/11 (UNIMONTES), approved on 11/10/2011.

Conflict of interest:

none declared.

Provenance and peer review:

peer reviewed.

Received: 02/22/2018.

Accepted: 01/06/2019.

Resumen

Objetivo: Investigar la percepción y las prácticas de salud oral entre las mujeres quilombolas mayores (grupo de población negra, descendientes de esclavos en Brasil). **Métodos:** Investigación cualitativa con ancianas que viven en una comunidad rural formada por descendientes de esclavos en Brasil. **Resultados:** Todas las mujeres de edad avanzada son desdentadas (parcial o totalmente) e identificaron problemas dentales que las llevaron a utilizar medios naturales para aliviar el dolor. Con el análisis de las transcripciones, surgieron tres categorías principales: la comunidad rural de mujeres ancianas Julia Mulata y edentulismo; autopercepción de la salud oral de las mujeres mayores de la Comunidad Rural Quilombola Julia Mulata; Prácticas populares utilizadas en presencia de problemas de salud. **Conclusión:** Ancianos quilombolas consideran la pérdida de dientes como envejecimiento natural; presentan historias de vida relacionadas con problemas dentales; tratan de resolver sus problemas dentales con el uso de terapias populares tradicionales.

Palabras clave: Atención Odontológica; Anciano; Salud Bucal; Autopercepción; Antropología Médica

Introduction

Global population, as well as Brazilian, has been facing transformation regarding increase in the number of elderly people. There was a large growth of the elderly population aged 60 or more¹ among Brazilians, following same standards as in other countries, such as Great Britain, which will be composed by 25% of people aged 65 years or more until the year 2043.²

However, this fact puts Brazil facing a problem regarding the lack of structure that it has in order to support emerging demands, since individuals aged 60 or more utilize much more the health system than those of younger age.^{3,4}

Oral health is intimately linked with general health, covering several preventable dental diseases that could be avoided simply with an adequate oral hygiene. High quality oral health should be guaranteed to all population groups, regardless of their age. However, access to oral health by older people is a global issue, aggravated by common old age problems, such as immobility, dementia, stroke and fragility.²

Oral health also constitutes a problem that, so far, has not found adequate answer in the Brazilian health system.⁴ Oral health of elderly has been neglected when it should be given special attention, since it operates as an integrated part of general health and primary care. This lack is demonstrated by insufficient programs focused on elderly and unreliable epidemiological situation,⁵ thus, implementation of comprehensive health services is extremely required for elderly groups.

Rural communities typically do not seek medical help due unawareness about a preventable dental diseases or difficult access to primary healthcare services. Compared to urban areas, rural regions have lower rates of oral hygiene, primarily because they use inexpensive and traditional methods of dental cleaning, such as chewing sticks and charcoal.⁶ “Quilombolas” is the official name of Brazilian rural communities that are formed by black people descendants of slaves, who were brought from Africa to Brazil in colonial period. People who live in these communities are known as Quilombolas. Health issues of Quilombo populations are characterized by a reality that involves invisibility and inequality.⁷ Studies clearly show the serious situation faced by Quilombo rural communities regarding easier access and better health care conditions.^{7,8}

Studies on oral health of Quilombolas are still scarce; however, in addition to promoting thoughts on the quality of life of this population, it can support measures and public policies priorities to confront basic

problems and result in improved access to dental treatment. This study aimed to comprehend experienced perceptions, problems and usual practices related to oral health among elderly women residing in a Quilombola Rural Community in the North of Minas Gerais, Brazil.

Methods

This study was based on a descriptive research,⁹ constructed on the qualitative approach.¹⁰ The study was developed in the Quilombola Rural Community Julia Mulata, located in North of state of Minas Gerais, Brazil. It is a rather poor region, in both economic and social point of view. The population of the rural community Julia Mulata is approximately 160 residents living in 23 houses, in an exiguous space of 18 hectares. The habitations do not have adequate sanitary conditions, such as sewage and treated water, and are made of clay. The Community is located at a 68 km distance of the nearest urban area; entrance is through a narrow dirt road, in poor maintenance conditions, hampering its access.

There is no daily transport between this Quilombola Community and the city; only once a week, a shuttle transports residents in need. There is no Health Unit; doctor and nurse visit the area only once a month, the community does not receive dental care. This population does not have access to clean water and no sewage system. The consumed water comes from a pond whose contamination has been proven by experts from the Ministry of Health of Brazil. Abuse of alcohol and smoking are common, including among children and adolescents. A great percentage of the men when reach adulthood, migrate to urban centers to look for employment. Aside from homes where there are women who receive social pension, all other families are assisted by government social program of income increase. In the rural community Julia Mulata, there are no men over the age of 60, only women.

All the older women who live there, a total of nine, participated in this study. Six of the women interviewed live alone and three live with relatives; all of them reported that the financial resources they receive from retirement represent the main financial resource of their families. Of the nine elderly women interviewed, seven are completely edentulous and two partially. During the interviews, five of the interviewees said they lost all their teeth when they were still young.

To allow the narrative to approach the substantiality of the answers and details regarding the participant's point of view,¹¹ a semi-structured interview was used as a research instrument. To meet the objectives proposed by the study, the interview was presented with open questions, easy to understand and popular language in order to be understood by the interviewed public. The script presented questions that dealt with oral health conditions, oral health history and popular health practices common to that community. The interviews were conducted individually in the elderly women houses and interviewees were identified by increasing numbers following the order of the interviews. Furthermore, the interviews had an average duration of 23 minutes.

The interviews were recorded, the material was fully transcribed and, after thorough and careful reading, then allocated into three categories for analysis and discussion of the results; being, "the elderly women of the Quilombola Rural Community Julia Mulata and Edentulism"; "Self-perceived oral health of older Quilombola Rural Community Julia Mulata"; "Popular practices used in dealing with oral health problems." The results of the interviews were examined from the perspective of content analysis.

The research complied with the ethical criteria established by Resolution 466/12 of the National Health Council of Brazil; it was approved by the Ethics Committee of the State University of Montes Claros under the protocol number 3057.

Results

All Quilombola elderly women participating in the study reported being partially or totally edentulous.

The elderly women of the Quilombola Rural Community Quilombola Rural Community Julia Mulata and Edentulism

When reporting on aging and tooth loss, most answered affirmatively; as if there is a cause and effect relationship between old age and tooth loss: *Yes, when we grow older we lose teeth; I say this because I have lost all my teeth [...] (Interview 3). Every old person will lose their teeth, is not it? It has to fall out because old person's teeth get awful... (Interview 4) Aged ones lose all of their teeth because old person's teeth breaks easily [...]] (Interview 6).*

Removing teeth is seen in one of the reports, as the most efficient form of ending discomforts that arise in oral cavity: *I only have four teeth and they bother me. I want to go to the dentist to extract them [...]] (Interview 2).*

An elderly relates good oral health conditions with economic situation: *Every old person will lose their teeth. The teeth decay in old age. Only rich people can keep the teeth in the mouth. Poor old people lose their teeth (Interview 5).*

Self-perceived oral health of elderly at Quilombola Rural Community Julia Mulata

When asked if they knew or have heard about any dental problem, it was observed reporting of unfavorable prosthetics conditions: *I use denture; when it breaks hurts my mouth. I think the mouth only gets diseases in teeth (Interview 6).*

Among the speeches, infection and bad breath were also cited: *I think it can get problems in the mouth if the tooth gets bad. I do not have teeth. A person who does not take care of the tooth has bad breath. So, for those who does not care, everything goes bad [...]] (Interview 3).*

Other statements show the tooth widely destroyed as a problem of the mouth: *I had a very rotten tooth in my mouth, it bothered me (Interview 8). I asked for the dentist to extract my teeth so keep it from getting hurt (Interview 4).*

But also, when inquired about oral health problems, some of the women said they did know how to explain, another preferred not to talk, and other justified ignoring the fact due to not knowing how to read and write: *That I do not know (Interview 1). I do not know anything about it and I'd rather not speak (Interview 2). Of the mouth? I do not know, do not know how to read or talk. I did not study and I do not even know how to talk (Interview 5).*

Even with the total loss of teeth, some people evaluate the oral health as good: *It is not bad; I do not feel anything bad; I do not have teeth. I am not healthy enough to work [...]] (Interview 1). The health status of my mouth is great because I lost my teeth. The mouth is bad when the teeth hurt (Interview 4).*

Given this scenario, it is observed that, for the Quilombola older women of Julia Mulata, losing their teeth is not a problem related to dentition or oral health, for them it is a natural event. The idea of extraction as a solution to the damaged tooth is very strong: *The health of my mouth is not good. I have broken teeth and I want the dentist to extract them [...]* (Interview 2).

Oral condition interferes with quality of life; the following statement portrays this condition: *Of my mouth? My mouth is good; my teeth hurt. I cannot eat or drink cold or hot things because my teeth get hurt* (Interview 3).

Popular practices used in dealing with oral health problems

When inquiring elderly as they took care of oral health, some reported poor hygiene, using only water and/or ashes from gray wood stove: *I just wash it with water [...]* (Interview 1). *I wash the mouth with water and rub my hand in the gum, that's how I take care of it* (Interview 3). *I only splash some water. When the teeth are dirty I use ash from wood stove* (Interview 9).

Brushing was a dental care practice mentioned, along with use of tobacco and ash in order to perform cleansing of teeth: *Oh, I use a brush to clean these four teeth I have. I am careless; when I was young, I brushed too, now I do not brush every day, no* (Interview 2). *I take care of my mouth's health, I chew tobacco* (Interview 4). *I clean my teeth with tobacco, I rub tobacco and ashes* (Interview 8).

Pain is one of the greatest symptomatic damage that affects the mouth. It is the main cause of demand for dental services in Brazil.¹² In the reports of Quilombola elderly women it was possible to note that, against dental pain, most resorted to popular practices: *I put burnt tobacco in the broken tooth. My mother used to burn coconut and put it in broken teeth* (Interview 2). *I cleansed with bush plants remedies* (Interview 4). *I used to put an acid of a plant taken from the forest; the acid broke the tooth and the pain eased* (Interview 9).

Discussion

Universally, poor access to dental services leads to larger rates in incidences of dental cavities, periodontal disease, tooth decay, oral cancer and xerostomia.¹¹ In Brazil, we can see a poor oral health among elderly, with many citizens without teeth and few people free of dental and periodontal problems.^{4,5,13,14} On this, Quilombola elderly women are not exempt; all reported to be partially or fully edentulous. Overall, difficulty chewing, bad breath and embarrassment of not having healthy teeth are factors that greatly affect the quality of life of edentulous patients.^{5,14}

Based on information and knowledge built, influenced by previous experience and social and cultural norms, self-perceived health is the interpretation that person makes of their health and illness experiences in context of their own daily life.¹⁵ In dentistry, the evaluation of self-perceived oral health in an important routine basis is that encourages adoption of healthy behaviors, and yet allow community participation in policy formulation and social decisions, in addition to making possible a more effective approach to the subject by health professionals.^{13,16,17} Self-assessment indicators should be used as complementary tools to identify the needs of the studied population, with the role of aid in diagnosis, treatment and collection of subsidies for necessary public health interventions, regarding the identified problems.

Reports show that older naturally accept the partial or total loss of teeth. Edentulism is still accepted by many as a natural phenomenon of aging. However, it is known that this fact is result of lack of information, prevention and consequently care with oral hygiene, which should be practiced from childhood to adulthood, in order to keep all teeth to older ages.^{18,19} It is noticed that elderly are used to tooth loss because this procedure is taken, in most cases, as the only solution to the problems that arise in the mouth, especially in pain relief.

It is observed that, in the case of interviewees listed in this study, all of them are partially or totally edentulous, perhaps this condition leads elderly to infer that by not having any teeth left, there is no need to properly perform hygiene in their mouth, which can lead to health problems such as thrush, halitosis and oral burning.¹⁶ One interviewee, despite not being able to elucidate the mouth diseases she knew, by her own experience, talked about the discomfort that a poorly adapted prosthesis can cause. This report confirms the results of research on self-perceived oral health and impact on the elderly's quality of life, that when discussing relative dimensions of the impact of use of prostheses, presence of discomfort was the most prevalent.^{5,14}

Traditional knowledge and customs inherited from ancestors are perpetuated through generations and guarantee unique experiences, perceptions, realities and stories that the Quilombolas live.²⁰ This culture produced within the black communities is still perpetuated inside the Quilombos and these practices are not connected to formal health services.^{17,21} It is important to reassure that traditional practices, regarding health, is a way to seek treatment for each specific disease or to prevent harm and ensure good health.²² In Brazil, it is common the use of plants for medicinal purposes, but in relation to oral health, it is still remotely used.²³

The reports clearly demonstrate that there is a lack in relation to guidance and education on oral hygiene among Quilombola elderly women; although there is a great amount of literature specializing in this respect, the appropriate actions are not routine in the surveyed population.^{5,14}

Obviously, indications for use of the substances mentioned by interviewees for temporary or permanent relief of dental pain source are not found in current scientific studies of Dentistry. Although reports on the use of plant acid for this purpose are unusual, the use of homemade remedies is widespread in Brazil.^{23,24}

Regarding the limitations of the study, the possible differences among regions in Brazil, due to vast dimensions of the country and distribution of so many ethnic communities, the results could evidence distinct realities if the survey had been conducted in other communities.

Edentulism is, worldwide, related to older age. Especially in rural or remote areas, the poor access to health services and education aggravates the number of elderly who lose their teeth throughout their life.^{6,25} In the United Kingdom, there were 15% of people aged 65-74 years that were edentulous, in Sweden, Denmark and Finland, by 1990 the rate of edentulism among elderly over 75 years old was, respectively, 27%, 45% and 58%.²⁶

Scientific literature demonstrates a large difference between oral health status among minority and majority groups in many societies of the globe. In United States, Hispanics, farmworkers, and African Americans have lower levels of oral health and greater dental health needs.²⁷ In Australia, among some isolated communities, such as Aboriginal and rural populations, there is deficient oral health and lack of dental health awareness, resulting in higher edentulism rates, denture need and dental decay.²⁵ Rural African populations, often associated with poverty and lower education levels, have higher rates of dental treatment needs, inadequate oral health and poor access to dental care services.⁶

A widely destroyed tooth is a mouth disease closely associated with poor hygiene and absence of regular dentist appointments, and, when installed, have as primary therapy the extraction of the referred decayed tooth. Even though recent days technologies allow other conservative therapies to patients who have easy access and financial conditions to enable more advanced treatment.^{16,19,20} As it is known in recent days, caring for oral hygiene is important to prevent partial or total teeth loss²⁸

Studies show that Brazilians aged over 65 have lost more than 90% of their teeth^{16,17}, these results collaborate with the resigned thought of Quilombola elderly population regarding tooth loss. In Brazil, black population is more subjected to tooth extractions than white, even if being in same clinical condition, which comes to present a comparison of 25.5% for teeth extractions among blacks against 16.2% for extractions among whites respectively.^{28,29} Even in countries that develop health programs for elderly, the main reason that they do not seek dental services is absence of perception about their own needs.²²

As has been reported by one of the older women, studies claim that low socioeconomic status significantly increases edentulous condition,³⁰ the better the socioeconomic level less dental damage the individual will present.²⁴ All elderly women declared themselves black and illiterate; that fact draws attention to the focus of this study on oral health, since the literature indicates the worst oral health conditions in people with lower education levels.^{4,5,15,16} Disinformation and low level of education widely influence on this self-assessment, in which respondents claim good oral health conditions when clinical tests indicate dental problems. In this case, it is assumed that unawareness of diseases that can affect oral region favors the non-perception of problems.^{13,15,31}

The anthropological aspect of health and analysis of cultural meaning and representation of pain is an interesting topic to be pointed out, regarding the testimonies of these Quilombola elderly women. Anthropology of health is a quite recent area still under development, especially in Brazil.³² Through anthropological spectrum of healthcare it is possible to understand and visualize the myriad of meanings that illness and health have, under influence of cultural, ethnic, religiousness and social aspects of each and every society of the globe.³² It is fundamental for healthcare professionals working with rural and indigenous groups, such as Quilombolas, the knowledge of cultural aspects of that community, their understanding of health and the most common therapeutic practices among them.³³ The pain itself is a subject feeling, that can only be experienced by the patient, but it carries a huge social representation, through human suffering, that is expressed by personal statements.³² As Quilombola women described, dental pain is one of the most common and distressing types of ache, interfering in labor activities, eating, sleeping and emotional balance.³² It is well documented the connection of higher dental pain rates with lower socioeconomic status and reduced educational levels.³²

One of the elderly associated bad breath and infection with lack of treatment and dental care; her statement shows two problems that the scientific literature says are closely linked, especially relating to persistent halitosis.³⁴

The poorly adapted prosthesis is a predisposing factor to the onset of various dental problems, such as oral lesions; traumatic ulcers, which arise due prostheses with over-extended edges and unbalanced occlusion; stomatitis; difficulties to relax; candidiasis; embarrassments; restriction on eating certain foods and social isolation, interfering with quality of life of elderly.^{3,20,21}

Implications for research in the field and practice of professionals

This study emphasizes the relevance of oral health assessment in rural communities, such as Quilombolas, and indicates the importance of its articulation with the Primary Health Care (PHC). For rural and isolated ethnic groups, the PHC is the first, and commonly, the only health service available within the limits of their territory. Therefore, this service should be extremely complete and capable of effective prevention and early diagnosis.

Oral health should be integrated and synchronized with general health, being one important influence factor on the quality of life of people of all ages, especially elderly. Dental hygiene in primary health is an impressive instrument for prevention of bucal diseases and is an important health educational tool. This study demonstrates that many of elderly Quilombola women do not do adequate oral hygiene nor recognizes their own bucal problems, as they should do. This shows lack of an attentive PHC in the community's area and poor education on basic oral care.

Another important topic, indicated in this research, is the rather common traditional health practices among rural communities. Adoption of health care practices inherited from past generations is, until present, a significant habit for many Quilombola and other ethnic groups in Brazil and globally. Those represent a culture that exists for hundreds of years and the use of medicinal plants and sacred rituals is part of the people's identity. The PHC should be aware of all habits and cultural aspects of the population within its territory and has to balance formal medicine with traditional healing practices, so the identity of the community keeps preserved. Regarding oral health, not many traditional practices were found in this research, although it is important to recognize the importance of those practices in the life of many Quilombolas, across rural clans of the country.

Qualitative research methods are widely recognized as one of the main techniques of understanding the patient's perception of illness, through a transcultural perspective and comprehension of their social and ethnical environment. These personal statements are a slight piece of the daily life and perception of Quilombolas, concerning oral health. Those statements, extracted from real suffering experience and reports, are important material to compose a critical analysis of oral and general health aspects among rural ethnic groups in Brazil.

The implication of this study in future researches is the necessity of exploring and investigating the various aspects of PHC and of identifying the lacking areas in rural communities, such as Quilombolas. Isolated and difficult-access societies need to have a specialized health care, as they face many health access obstacles and present unique culture and epidemiology. A study conducted in Manaus, Brazil, demonstrated the great importance of the presence of Family Medicine Clinics to decrease grades of dental pain, among adolescents. The pain's intensity was proved to be enhanced in areas without PHC coverage.³⁵ Researches involving rural communities and PHC are essential to development of public health policies involving those people and focusing on their specific health indicators.

Conclusions

This study brings up an issue that, although serious and old, still seems to be far away to be resolved: the difficulties faced by Brazilians, descendants of slaves and residents of rural populations, concerning the most basic health conditions.

It is necessary that Brazilian society and the constituent authorities get involved quickly and efficiently in the strengthening of public policies that will treat ethnic groups as a health priority and inequity and will ease this rather long deficit of comprehensive health care of those remaining in Quilombos, especially for senior citizens and their oral health conditions.

References

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2017 Mar 7]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>
2. Fox C. Evidence summary: why is access to dental care for frail elderly people worse than for other groups? *Br Dent J.* 2010;208(3):119-22. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.103>
3. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev Lat Am Enferm.* 2007;15(6):1144-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600014>
4. Alves LC, Leite I, Machado CJ. Health profile of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 national household sample survey using the grade of Membership method. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(3):535-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300007>
5. Ferreira RC, Schwambach CW, Magalhães CS, Moreira NA. Dental care and oral hygiene practices in long-term geriatric care institutions. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(4):2323-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400032>
6. Ogunbodede EO, Kida IA, Madjapa HS, Amedari M, Ehizele A, Mutave R, et al. Oral Health Inequalities between Rural and Urban Populations of the African and Middle East Region. *Adv Dent Res.* 2015;27(1):18-25. <http://dx.doi.org/10.1177/0022034515575538>
7. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Health and quilombolas communities. *Rev CEFAC.* 2011;13(5):937-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>
8. Freitas DA, Silveira JCS, Ferreira LA, Zucchi P, Marques AS. Mulheres quilombolas: profissionais na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esp Saúde.* 2011;12(2):56-62. <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2011v12n2p56>
9. Trivinos ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - A Pesquisa Qualitativa em Educação. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
10. Minayo MCS, org; Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 23ª ed. Vozes: Petrópolis; 2004.
11. Muylaert CJ, Sarubbi Jr. V, Gallo PR, Rolim Neto ML, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(n.spe2):193-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2014 Sep 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
13. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira M, Santa-rosa TTA, Pereira RD. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(5):912-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000028>
14. Simões ACA, Carvalho DM. The reality of the oral/dental health of the elderly in the Brazilian Southeast. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2975-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600035>
15. Bulgarelli AF, Manço ARX. A population of elderly and their satisfaction with their oral health. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1165-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400012>

16. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1683-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600029>
17. Unfer B, Brauni K, Silva CP, Pereira Filho LD. Self-perception of the loss of teeth among the elderly. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):217-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100015>
18. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Truong NB, Creugers NH. Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. *BMC Oral Health*. 2010;10:2. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6831-10-2>
19. Uguru NP, Akaji EA, Ndiokwelu E, Uguru CC. Assessing health workers knowledge on the determinants of health: a study in Enugu Nigeria. *Niger J Med*. 2012;21(1):48-52.
20. Reis SCGB, Marcelo VC. Oral health in old age: elderly's perceptions, Goiânia, 2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):191-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100028>
21. Borba AM, Macedo M. Medicinal plants used for oral health in the Santa Cruz neighborhood, Chapada dos Guimarães, Mato Grosso State, Brazil. *Acta Bot Bras*. 2006;20(4):771-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-33062006000400003>
22. Medeiros LCM, Azevedo GAV, Machado FM, Sousa SR. The popular healing practical used by prayers in the Brejinho Village, in Luiz Correia city - Piauí - Brazil. *Esc Anna Nery*. 2007;11(1):112-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100016>
23. Oliveira EOS, Collier KFS, Mota GMF, Ely BP, Pereira FR. Plantas Medicinais Usadas pela Comunidade Kalunga do Quilombo do Engenho de Dentro em Cavalcante–GO para Tratamento de Afecções Bucais. *Rev Cereus*. 2010;2(2).
24. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impact of tooth loss in quality of life. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):841-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300027>
25. National Rural Health Alliance – LTD. [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 7]. Available from: <http://ruralhealth.org.au>
26. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, Preet R, Wu F, et al. Prevalence of loss of all teeth (edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(11):11308-24. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph111111308>
27. Castañeda H, Carrion IV, Kline N, Tyson DM. False hope: effects of social class and health policy on oral health inequalities for migrant farmworker families. *Soc Sci Med*. 2010;71(11):2028-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.024>
28. Ferreira AAA, Piuveza MG, Werner CWA, Alves MSCF. The toothache and toothloss: social representation of oral care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):211-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100030>
29. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Race and the use of dental health services by the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2063-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800017>
30. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Prosthetics needs of the Quilombola Population of Santo Antonio Guaporé, Rondônia. *Braz Dent Sci*. 2011;14(1-2):62-6.
31. Haikall DSA, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3317-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>
32. Lucas SD, Mattos FF, Melo JAC, Vasconcelos M, Abreu MHNG, Ferreira NE. Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1933-42. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.05022013>
33. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. *Rev Lat Am Enferm*. 2010;18(3):459-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
34. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1145-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000068>
35. Carvalho JC, Rebelo MAB, Vettore MV. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4107-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100016>

Desativação de Pontos-Gatilho no Tratamento da Dor Miofascial

Trigger Points Deactivation in the Treatment of Myofascial Pain

Desactivación de Puntos-Gatillo en el Tratamiento del Dolor Miofascial

Milena Culpi

Ananda Beatriz Munhoz Cretella Martinelli

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.
Curitiba, PR, Brasil. milena_kc@hotmail.com
(*Autora correspondente*)

Resumo

A síndrome da dor miofascial (SDM) é causa de dor e limitações, sendo bastante prevalente na população. Seu diagnóstico se dá pela apresentação clínica e exame físico, sendo a dor no local o principal sintoma, que conta com uma irradiação característica conforme o músculo acometido. Devido a esta irradiação, a condição pode mimetizar outras situações clínicas comuns e deve ser lembrada como diagnóstico diferencial. Sua identificação e tratamento podem ser feitos de forma simples e o profissional da atenção primária está apto a realizá-los, no entanto, ainda é muito negligenciada, por ser condição pouco estudada. Seu tratamento inclui fármacos, mudanças de estilo de vida, técnicas de fisioterapia e de agulhamento, sendo que este pode ser a seco ou com injeção de substâncias. O agulhamento com infiltração anestésica parece ser técnica eficaz na desativação de pontos-gatilho musculares e aparenta ser superior às demais em alguns estudos, com a vantagem de ser menos doloroso em sua realização. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão da literatura sobre a SDM, levando em conta o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento, retratando resultados com diversas técnicas de agulhamento e comparando-as entre si e com demais técnicas.

Palavras-chave: Pontos-Gatilho; Síndromes da Dor Miofascial; Manejo da Dor; Injeções

Abstract

Myofascial pain syndrome (MPS) causes pain and limitations, being quite prevalent in the population. The diagnosis is due to the clinical presentation and physical examination, being the local pain the main symptom, which counts with a characteristic irradiation according to the affected muscle. Due to this irradiation, the condition may mimic other common clinical situations and should be remembered as a differential diagnosis. Its identification and treatment can be done in a simple way and the primary care professional is able to perform them, however, it is still neglected, being a poorly studied condition. Treatment includes drugs, lifestyle changes, physiotherapy and needling techniques, which can be dry or injected. Needling with anesthetic infiltration seems to be an effective technique in the deactivation of muscle trigger points and seems to be superior to others in some studies, with the advantage of being less painful in its accomplishment. The objective of this study is to perform a literature review on MPS, taking into account the clinical presentation, diagnosis and treatment, portraying results with several needling techniques and comparing them with each other and with other techniques.

Keywords: Trigger Points; Myofascial Pain Syndromes; Pain Management; Injections

Como citar: Culpi M, Martinelli ABMC. Desativação de Pontos-Gatilho no Tratamento da Dor Miofascial. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1777](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1777)

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: 20/06/2018.
Aprovado em: 30/10/2018.

Resumen

El síndrome del dolor miofascial (SDM) es causa de dolor y limitaciones, siendo bastante prevalente en la población. Su diagnóstico se da por la presentación clínica y examen físico, siendo el dolor en el lugar el principal síntoma, que cuenta con una irradiación característica conforme el músculo acometido. Debido a esta irradiación, la condición puede mimetizar otras situaciones clínicas comunes y se debe recordarla como diagnóstico diferencial. Su identificación y tratamiento se pueden hacer de forma sencilla y el profesional de la atención primaria es capaz de realizarlos, sin embargo, todavía es muy descuidada, por ser una condición poco estudiada. El tratamiento incluye fármacos, cambios de estilo de vida, técnicas de fisioterapia y de aguja, siendo que éste puede ser en seco o con inyección de sustancias. El punzonado con infiltración anestésica parece ser técnica eficaz en la desactivación de puntos-gatillo musculares y parece ser superior a las demás en algunos estudios, con la ventaja de ser menos doloroso en su realización. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la literatura sobre la SDM, teniendo en cuenta el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento, retratando resultados con diversas técnicas de punzonado y comparándolas entre sí y con otras técnicas.

Palabras clave: Puntos Disparadores; Síndromes del Dolor Miofascial; Manejo del Dolor; Inyecciones

Introdução

A síndrome da dor miofascial (SDM) é uma entidade caracterizada por dor muscular localizada em determinada área do corpo, que progride mesmo na ausência de alterações laboratoriais.¹ Este processo tem origem em pontos na musculatura, conhecidos por pontos-gatilho (*trigger points*, do inglês), que podem gerar dor local e referida de forma espontânea ou à digitopressão.^{2,3}

O ponto-gatilho muscular (PGM) apresenta-se como nódulo palpável numa faixa tensa localizada no músculo. Sua etiologia ainda não está bem esclarecida, mas parece estar associada ao uso excessivo da musculatura, que leva à sobrecarga, isquemia, aumento de fatores inflamatórios e do cálcio intracelular. Isto resulta em dano muscular e formação de uma área rígida, isquêmica, com acúmulo de resíduos metabólicos – área que dará origem ao PGM.^{2,4}

A prevalência de dor miofascial varia na população. Estudos apontam para 21 a 30% nos serviços de medicina geral e até 93% nos centros especializados em dor, acometendo homens e mulheres em igual proporção.^{2,5,6} Um estudo brasileiro com 70 pacientes portadores de dor lombar crônica, condição extremamente comum, apontou uma prevalência de 90% de PGM nestes pacientes.⁵

Muitos profissionais demonstram pouco conhecimento sobre a entidade, sendo por vezes incapazes de realizar diagnóstico adequado. Direccionam o tratamento apenas ao alívio sintomático, sem valorizar a eliminação dos fatores etiológicos, como a desativação do ponto-gatilho e eliminação/redução da sobrecarga muscular, o que contribui para a cronificação.^{2,7}

Os tratamentos atualmente empregados para dor miofascial incluem o uso de fármacos, fisioterapia, técnicas de acupuntura, dentre outras condutas. Uma das técnicas mais efetivas para inativação dos pontos gatilho é o agulhamento, que pode ser feito a seco ou com injeção de substâncias, sendo uma técnica de fácil aplicação que pode ser realizada pelos profissionais da atenção primária, podendo gerar alívio da dor e melhora na qualidade de vida.^{2,8,9}

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão da literatura sobre as características da SDM, os PGMs e sua desativação, retratando resultados que comparam técnicas de agulhamento a seco e com injeção de substâncias.

Método

Esta revisão de literatura foi desenvolvida por busca de artigos indexados nas seguintes bases de dados eletrônicas: BVS, Scielo e PubMed, considerando os períodos de janeiro de 2002 a dezembro de 2017 e incluídos os idiomas português e inglês. Os descritores utilizados para a busca foram: Pontos-Gatilho; Síndromes da Dor Miofascial; Injeções; Anestésicos Locais; Anestesia e Analgesia.

Como critério de inclusão dos artigos, realizou-se a leitura do resumo e verificação dos resultados e conteúdo relacionado ao título, sendo selecionados 20 artigos que se enquadravam nos objetivos desta pesquisa. Destes, 14 apresentavam-se em inglês e 6 em português, sendo 7 artigos do Brasil, 7 dos Estados Unidos, 3 da Coreia do Sul, 1 da Turquia, 1 da China e 1 da Colômbia. Dentre os artigos indexados ainda, 10 deles são ensaios clínicos randomizados, 7 revisões de literatura, 2 relatos de caso e 1 estudo de prevalência. Além dos achados nas bases de dados citadas, também foram avaliados dois livros – Filshie e White, 2002¹ e Simons et al., 1999² – e uma monografia – Simons, 1987,¹⁰ também na língua inglesa, por apresentarem relevância significativa em relação ao tema.

A revisão apresenta aspectos da avaliação e diagnóstico, recomendações de tratamento e discussão sobre os resultados de estudos utilizando técnicas de agulhamento.

Síndrome da dor miofascial – avaliação e diagnóstico

A síndrome da dor miofascial (SDM) é uma condição associada à formação de PGM, que são áreas focais de bandas tensas encontradas no músculo esquelético que são hipersensíveis à palpação. Quando pressão manual é aplicada sobre um PGM, produz dor local distinta e referida, que é consistente com a apresentação dos sintomas pelo paciente.^{2,6}

O quadro clínico pode ser agudo ou insidioso e pode haver diferentes graus de intensidade. A dor é focal, acompanhada por padrões de dor referida, que podem ajudar na identificação do músculo acometido.⁶ Podem ocorrer sintomas autonômicos associados, como diaforese, mudança de temperatura, rubor, hiperestesia ou parestesia. Quando há envolvimento da musculatura da cabeça e pescoço, pode haver lacrimejamento, tinnitus, tontura ou visão turva. Também podem estar presentes intolerância ao trabalho, fraqueza muscular, fadiga e sintomas de transtornos do humor.^{1,6}

Não há critérios diagnósticos bem estabelecidos para a entidade e também não há qualquer alteração bioquímica, hematológica ou sorológica no indivíduo que apresenta o problema. Portanto, para detecção dos PGM, deve-se realizar um exame físico minucioso, orientado pela clínica. Durante o exame, os músculos avaliados devem estar em extensão e o examinador deve realizar pressão com os dedos na região, num movimento semelhante ao de “sovar massa de pão”. Nas proximidades do PGM, a pressão causa leve desconforto; sobre o PGM, há incômodo intenso e o examinado pode produzir um movimento brusco (sinal do solavanco), seguido de uma exclamação. Em áreas sadias, não há sensibilidade com a mesma pressão aplicada.^{1,6} A presença de um nódulo doloroso sobre uma banda fibrosa tensa palpável é forte indicador da existência de um PGM. A reprodução da queixa de dor pelo paciente, com ou sem dor referida, é um critério adicional importante.²

Dada a prevalência da SDM na população, pode-se citar uma lista de diagnósticos comuns que são dados de forma errônea aos pacientes por não se considerar a presença de possíveis PGMs, fato que pode levar a intervenções desnecessárias e até nocivas ao paciente. O Quadro 1 mostra algumas condições que podem ser mimetizadas por pontos-gatilho dependendo do músculo acometido, ressaltando a importância de reconhecer a entidade e sempre considerar no diagnóstico diferencial.²

Quadro 1. Condições clínicas que podem ser mimetizadas por pontos-gatilho em determinado grupo muscular.²

Condição Clínica	Provável Origem dos PGM
Angina Pectoris	Peitoral Maior
Apendicite	Reto abdominal – porção inferior
Neuralgia facial atípica	Masseter, temporal, esternocleidomastoide (ECM) - porção esternal; trapézio superior
Migrânea atípica	ECM, Temporal, Cervical Posterior
Dorsalgia	Porção superior do reto abdominal; musculatura paravertebral torácica.
Lombalgia	Porção superior do reto abdominal; musculatura paravertebral lombar
Tendinite bicipital	Cabeça longa do bíceps
Dor abdominal parietal crônica	Musculatura do abdome
Dismenorreia	Porção inferior do reto abdominal
Otalgia não elucidada	Masseter
Epicondilite	Extensores do punho; supinador; tríceps
Ombro congelado	Subescapular
Cefaleia occipital	Cervical posterior
Neuralgia pós-herpética	Serrátil anterior; intercostais
Radiculopatia de C6	Peitoral Menor; escalenos
Síndrome escápulo-costal	Escalaenos; porção média do trapézio; elevador da escápula
Bursite subacromial	Deltoide
Desordens da Articulação Temporomandibular	Masseter; pterigoide
Cefaleia tensional	ECM; músculos da mastigação; cervicais posteriores; músculos suboccipitais; porção superior do trapézio
Síndrome do desfiladeiro torácico	Escalaenos; sub-escapulares; peitoral maior e menor; latíssimo do dorso; redondo menor;
Síndrome de Tietze	Peitoral maior; intercostais internos.

Tratamento - Recomendações

O tratamento da SDM visa o controle dos sintomas, a desativação dos PGMs e a correção do desequilíbrio estrutural e mecânico que provocaram sua formação.^{6,11} A educação e orientação são importantes aliados no manejo da entidade, pois a compreensão do paciente sobre o seu problema e as mudanças de estilo de vida culminam na redução de causas geradoras e perpetuadoras de PGMs.^{6,7,12}

Além da educação, a farmacoterapia, o agulhamento local e o exercício também entram no arsenal terapêutico. Na maioria das vezes, uma combinação de terapias é usada simultaneamente ou em sequência. O tratamento com medicamentos pode ser focado ao alívio da dor e dos sintomas associados. Para analgesia, faz-se uso de analgésicos comuns, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e opioides fracos. Para os sintomas associados, pode-se usar benzodiazepínicos e algumas classes de antidepressivos e anticonvulsivantes.

Já a desativação dos PGM conta com técnicas não invasivas, como a compressão isquêmica e uso de spray de fluormetano e também com técnicas invasivas, que consistem no agulhamento, que pode ser a seco ou injeção de substâncias. Dentre as substâncias atualmente utilizadas, estão a solução fisiológica, a toxina botulínica e os anestésicos locais.¹¹⁻¹³

Nesta revisão, daremos ênfase ao agulhamento local com infiltração anestésica, que consiste em técnica de fácil aplicação e eficaz na desativação de um PGM, podendo gerar alívio da dor no ambiente da Atenção Primária. A escolha do tamanho da agulha depende da localização do músculo a ser injetado e deve ser longa o suficiente para atingir a contração do músculo e romper o PGM. Deve ainda estar conectada a uma seringa com êmbolo que permita a aspiração antes da injeção, para verificar que nenhum vaso sanguíneo tenha sido atingido. Calçando luvas, o profissional deve manter o PGM localizado entre os dedos indicador e médio.² Faz-se a antisepsia do local com álcool 70% e então, insere-se a agulha de 1 a 2cm da localização do PGM para que possa avançar em um ângulo agudo de 30 graus com a superfície da pele.^{2,7,14}

A agulha deve então ser tracionada e redirecionada superior, inferior, lateral e medialmente, com o menor número possível de penetrações da pele, à medida que a substância vai sendo infiltrada lentamente. A movimentação da agulha no ponto-gatilho leva ao rompimento mecânico das fibras e terminações nervosas e a infiltração de substâncias ajuda a acelerar a remoção de metabólitos e torna o processo menos doloroso. Este processo deve ser repetido até que não se observe mais resistência muscular.^{7,10,14,15}

A concentração e quantidade injetadas variam conforme a substância que será utilizada e não há consenso estabelecido a respeito disso. Não se deve usar vasoconstritor, pelo possível efeito tóxico caso haja injeção acidental em vaso sanguíneo.^{1,7}

As contraindicações ao procedimento incluem presença de desordens de coagulação; ingestão de medicamentos com ácido acetilsalicílico até 3 dias antes da injeção; infecção local ou sistêmica; alergia a alguma substância utilizada na técnica; trauma muscular agudo; extremo medo de agulha.⁶

A literatura conta com diversos estudos sobre técnicas de agulhamento para a desativação dos PGMs. As técnicas mostram resultados semelhantes no alívio da dor, porém, a infiltração anestésica parece cursar com menor sensibilidade no local após o procedimento, sendo mais confortável para o paciente.²

Injeção de toxina botulínica x injeção de bupivacaína

Comparando a eficácia da toxina botulínica e da bupivacaína, dois estudos trouxeram resultados conflitantes. Graboski et al.¹⁶ concluíram que não houve diferença entre as substâncias, sendo ambas eficazes. Já Unno et al.⁸ verificaram melhor efeito analgésico com a toxina botulínica. No entanto, existe o viés de que durante o período avaliado pelos últimos autores, os pacientes puderam usar 35mg de orfenadrina e 300mg de dipirona, a cada 8 horas e foram submetidos à estimulação elétrica transcutânea, o que pode ter prejudicado a análise da infiltração propriamente dita.

• Injeção de lidocaína x acupuntura

Pôde-se verificar bons resultados com o uso de acupuntura e injeções da lidocaína comparando-se as terapias, aplicando-as em dois grupos de pacientes. Ga et al.¹⁴ avaliaram 39 pacientes com dor no ombro e cervical (músculo trapézio) e Jiang et al.¹⁷ avaliaram 66 pacientes com dor lombar. Ambos os estudos

verificaram bons resultados com as duas modalidades, que foram eficazes no alívio dos sintomas, sem diferença significativa entre elas. Em um terceiro estudo com 26 participantes, avaliou-se a injeção de lidocaína 0,5%, lidocaína a 1% e agulhamento a seco na musculatura mastigatória. Houve melhora dos sintomas ao longo do tempo nos três grupos, sem diferença significativa.¹⁵

Já Lawrence & Henry¹⁸ propuseram a integração entre acupuntura e injeção de lidocaína para uma paciente de 54 anos com fibromialgia, que já havia experimentado diversos tratamentos farmacológicos sem sucesso. Realizou-se a injeção de 0,3 a 0,5ml de lidocaína 1% em 6 PGMs no pescoço, costas e glúteos junto com a aplicação de agulhas de acupuntura em outros 8 sítios, com sessões semanais por 8 semanas. Como resultado, houve melhora significativa da qualidade do sono, em conjunto com diminuição da dor, fadiga e tontura e a paciente interrompeu o uso das medicações em curso. Além disso, passou a trabalhar em tempo integral como analista de negócios, fazer exercícios, viajar regularmente e retomou seu estilo de vida ativo.

Uma revisão avaliando estudos publicados entre 1996 e 2004 corrobora os achados anteriores, com a conclusão de que não há diferença entre agulhamento a seco e injeção de substâncias em PGMs da cabeça e pescoço, sendo ambas eficazes.⁹

- **Injeção de lidocaína x solução salina 0,9%**

Comparando a injeção de lidocaína e solução salina, verificou-se que ambas mostram-se eficazes no manejo da dor por PGMs, no entanto, os resultados podem ser diferentes conforme o tempo de seguimento.^{19,20} Em um estudo com 108 pacientes diagnosticados com cefaleia tensional episódica frequente, os pacientes foram divididos em 4 grupos: G1 - uma injeção de solução salina (NaCl) 0,9%; G2 - uma injeção de lidocaína 0,5%, G3 - 5 aplicações de NaCl 0,9%; G4 - 5 aplicações de lidocaína 0,5%. Os autores verificaram redução nos dias com dor em um mês nos grupos 2, 3 e 4 e na intensidade nos grupos 2 e 4 após 2 meses, com $p < 0,05$. A melhora persistiu após 6 meses apenas no grupo 4.¹⁹ Nesta casuística, portanto, observou-se superioridade das injeções com anestésico sobre a solução salina.

Em um estudo semelhante em Curitiba, PR, pesquisadores avaliaram 70 pacientes divididos em 3 grupos - solução salina 0,9%, lidocaína 2% e grupo controle. Em única avaliação 15 dias após o tratamento, observaram melhora na intensidade e frequência dos sintomas no grupo lidocaína e no grupo solução salina, em comparação com o grupo controle. Não houve superioridade por parte de nenhum dos agentes.²⁰

Corroborando os achados anteriores, uma revisão sistemática realizada nos EUA também comparou solução salina e injeção de lidocaína em pacientes com cefaleia tensional crônica. Após três meses de seguimento, houve superioridade nos resultados do grupo tratado com injeção de lidocaína.¹²

- **Injeção de lidocaína x fisioterapia**

Lugo et al.¹¹ avaliaram 127 pacientes com dor por PGMs e compararam o uso da injeção de lidocaína com a fisioterapia isoladas ou combinadas como formas de tratamento. Os participantes foram divididos em três grupos: tratados com injeção de 0,2ml de lidocaína 0,5% e fisioterapia; tratados apenas com injeção de lidocaína e tratados apenas com fisioterapia. Os autores avaliaram, além da dor, a qualidade de vida, função do membro e presença de sintomas depressivos.

A avaliação dos participantes foi feita após um e três meses do início do tratamento. Verificou-se que não houve diferença significativa entre os três grupos, em todas as variantes analisadas. No entanto, os próprios autores reconhecem que há muitas limitações na pesquisa, como o fato de haver diferentes profissionais conduzindo cada paciente; o tempo de seguimento; o uso concomitante de ibuprofeno e paracetamol e o fato de alguns participantes não terem realizado os esquemas de forma completa.¹¹

Verificou-se bom resultado com injeções de lidocaína em um estudo com 30 mulheres portadoras de dor pélvica causada por PGM, divididas em dois grupos: G1 - injeção de 2mL de lidocaína a 0,5%; G2 - compressão isquêmica por fisioterapia. A avaliação ocorreu antes do tratamento e após 1, 4 e 12 semanas, observando-se melhora progressiva da dor no grupo que recebeu lidocaína, enquanto o grupo que recebeu compressão isquêmica não obteve melhora.²¹

Também foram observados os efeitos da injeção de lidocaína 0,5% em PGMs que geravam dor no ombro e redução da qualidade de vida em pacientes pós- mastectomia por câncer de mama. Observou-se melhora na intensidade da dor e na amplitude dos movimentos do ombro de imediato e após três meses.²²

Em relato de caso, uma paciente com dor orofacial crônica não melhorou com aconselhamento, fisioterapia, AINEs, miorrelaxantes e placa de oclusão inferior para bruxismo. No entanto, após infiltração com 0,5ml de lidocaína a 1% na região, houve melhora considerável dos sintomas, com manutenção durante 24 meses de acompanhamento.⁷ Uma revisão sistemática realizada por Machado concluiu resultados semelhantes para a região da musculatura mastigatória, com boa resposta clínica à injeção de anestésicos nos PGMs.²³

Dentre os estudos avaliados, dois deles trouxeram dados sobre efeitos adversos. Ga et al.¹⁴ documentaram dor no local do agulhamento em 9 pacientes (50%) do grupo que recebeu acupuntura e 8 pacientes (38,1%) no grupo que recebeu injeção de lidocaína. Ainda no grupo lidocaína, 1 participante (4,8%) apresentou hemorragia local e 1 (4,8%) apresentou tontura logo após a injeção. Já no estudo de Montenegro et al.,²¹ duas participantes apresentaram equimose no local da injeção, que foi resolvida espontaneamente entre 4 e 6 semanas. Não foram apresentados outros efeitos colaterais nos demais estudos.

Considerações finais

A SDM é bastante prevalente na população e a desativação dos pontos-gatilho parece ser uma boa estratégia de intervenção para resolução dos sintomas. As técnicas de agulhamento mostram-se como boa opção de tratamento, apresentando poucas complicações, fácil aplicação e baixo custo, podendo ser realizadas no ambiente da atenção primária em boa parte dos grupos musculares.

A técnica com infiltração de anestésicos parece ser mais efetiva a longo prazo em alguns estudos e ter a vantagem de ser menos desconfortável para o paciente na sua realização. No entanto, sugere-se a realização de mais estudos sobre as diversas formas de agulhamento, com metodologia adequada, maior tempo de seguimento dos pacientes e maior amostra, para verificação da eficácia da infiltração de substâncias em comparação com outras terapias. Também se sugerem maiores estudos sobre a síndrome da dor miofascial, a fim de difundir e aprofundar o que já se sabe e tentar padronizar métodos diagnósticos com base em evidências e definir protocolos terapêuticos.

Referências

1. Filshie J, White A. *Acupuntura Médica: Um Enfoque Científico do Ponto de Vista Ocidental*. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
2. Simons D, Travell J, Simons L. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. 2nd ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.
3. Simons DG. Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004;14(1):95-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.018>
4. Bron C, Dommerholt J. Etiology of myofascial trigger points. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(5):439-44. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0289-4>
5. Coelho DM, Barbosa RI, Pavan AM, Oliveira AS, Bevilacqua-Grossi D, Defino HLA. Prevalence of myofascial dysfunction in patients with low back pain. *Acta Fisiatr*. 2014;21(2):71-4. <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20140016>
6. Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014;25(2):357-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2014.01.012>
7. Cavalcanti MOA, Lima JMC, Lucena LBS, Oliveira LMC, Batista AUD. Técnica de injeção em trigger-points: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2009;18(45):1-10.
8. Unno E, Sakata R, Issy A. Estudo comparativo entre toxina botulínica e bupivacaína para infiltração de pontos-gatilho em síndrome miofascial crônica. *Rev Bras Anestesiol*. 2005;55(2):250-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000200011>
9. Uemoto L, Vilella OV, Gouvêa CVD, Montenegro AC, Couto CF. Desativação de pontos gatilho: agulhamento seco x injeção de substâncias. *Rev Bras Odontol*. 2007;64(1/2):94-7.
10. Simons DG. *Myofascial Pain Syndrome Due to Trigger Points*. Rehabilitation Medicine. Cleveland: Gebauer Company; 1988.
11. Lugo LH, García HI, Rogers HL, Plata JA. Treatment of myofascial pain syndrome with lidocaine injection and physical therapy, alone or in combination: a single blind, randomized, controlled clinical trial. *BMC Musculoskelet Dis*. 2016;17:101. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-016-0949-3>
12. Robbins MS, Kuruvilla D, Blumenfeld A, Charleston L 4th, Sorrell M, Robertson CE, et al.; Peripheral Nerve Blocks and Other Interventional Procedures Special Interest Section of the American Headache Society. Trigger point injections for headache disorders: expert consensus methodology and narrative review. *Headache*. 2014;54(9):1441-59. <http://dx.doi.org/10.1111/head.12442>
13. Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2002;65(4):653-60.
14. Ga H, Choi JH, Park CH, Yoon HJ. Acupuncture needling versus lidocaine injection of trigger points in myofascial pain syndrome in elderly patients - a randomised trial. *Acupunct Med*. 2007;25(4):130-6. <http://dx.doi.org/10.1136/aim.25.4.130>
15. Silva ROF. Avaliação da eficácia do agulhamento de pontos-gatilho miofasciais (seco, 0,5% e 1% de lidocaína) em pacientes portadores de dor miofascial na musculatura mastigatória [Tese]. Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2007.
16. Graboski CL, Gray DS, Burnham RS. Botulinum toxin A versus bupivacaine trigger point injections for the treatment of myofascial pain syndrome: a randomised double blind crossover study. *Pain*. 2005;118(1-2):170-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.012>
17. Jiang GM, Lin MD, Wang LY. [Comparative study on effect of acupuncture and lidocaine block for lumbar myofascial pain syndrome]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2013;33(3):223-6. [Article in Chinese].
18. Lawrence T, Henry E. Acupuncture and Trigger Point Injections for Fibromyalgia: East-West Medicine Case Report. *Althern Ther Health Med*. 2016;22(1):58-61.
19. Karadaş Ö, Gül HL, İnan LE. Lidocaine injection of pericranial myofascial trigger points in the treatment of frequent episodic tension-type headache. *J Headache Pain*. 2013;14:44. <http://dx.doi.org/10.1186/1129-2377-14-44>
20. Sabatke S, Scola RH, Paiva ES, Kowacs PA. Injeção de trigger points in the temporal muscles of patients with miofascial syndrome. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73(10):861-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150135>

21. Montenegro ML, Braz CA, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain. *BMC Anesthesiol.* 2015;15:175. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-015-0155-0>
22. Shin HJ, Shin JC, Kim WS, Chang WH, Lee SC. Application of ultrasound-guided trigger point injection for myofascial trigger points in the subscapularis and pectoralis muscles to post-mastectomy patients: a pilot study. *Yonsei Med J.* 2014;55(3):792-9. <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2014.55.3.792>
23. Machado E. Infiltração de diferentes substâncias ou agulhamento à seco em dor miofascial - uma revisão sistemática [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas; 2015.

Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde

Gender Dysphoria in children: integrative literature review and management recommendations in Primary Health Care

Disforia de Género en niños: revisión integrativa de la literatura y recomendaciones para el manejo en la Atención Primaria a la Salud

Tatiana da Silva Oliveira Mariano,
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, SC, Brasil.

oliveira.tatianasilva@gmail.com
(*Autora correspondente*);
rodrigo.moretti@ufsc.br

Resumo

Introdução: Disforia de Gênero em crianças é um tema pouco abordado no treinamento clínico, apesar do aumento do interesse das famílias sobre as questões de gênero. **Objetivos:** Realizar revisão integrativa de pesquisas sobre Disforia de Gênero em crianças e identificar recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura utilizando termos MeSH nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo para artigos publicados entre 2008 e 2018 que utilizaram crianças transgêneras em suas análises. **Resultados:** Dos 2.488 artigos identificados pela chave de busca, 12 artigos foram selecionados para estudo. A maioria de centros especializados no atendimento a crianças transgêneras em quatro países. O profissional de saúde deve realizar anamnese direcionada às questões de comportamento da criança em casa e na escola, dinâmica familiar, contexto cultural, história familiar de não conformidade de gênero, vida social da criança e segurança infantil. Deve-se atentar para a avaliação psicossocial adequada para a idade da criança. Cabe à equipe de Atenção Primária à Saúde esclarecer as principais dúvidas das famílias, realizar a suspeita diagnóstica e encaminhar ao centro especializado no atendimento a crianças transgêneras do seu estado. **Conclusão:** Cabe à equipe de Atenção Primária à Saúde providenciar um ambiente acolhedor e sem discriminação para que estas famílias sejam avaliadas e conduzidas de forma adequada.

Palavras-chave: Identidade de Gênero; Saúde e Gênero; Pessoas Transgênero; Disforia de Gênero; Criança

Como citar: Mariano TSO, Moretti-Pires RO. Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1653](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1653)

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: 10/11/2017.
Aprovado em: 24/12/2018.

Abstract

Introduction: Gender dysphoria in children is a subject rarely addressed in clinical training, despite the increased interest of families on gender issues. **Objective:** Achieve an integrative review of papers about Gender Dysphoria in children and identify recommendations for management in Primary Health Care. **Methods:** Integrative literature review using MeSH terms in the Pubmed, Medline, Lilacs and Scielo databases for articles published between 2008 and 2018 that used transgender children in their analyzes. **Results:** From the 2,488 articles identified by the search key, 12 articles were selected. Most of them are from specialized centers for the care of transgender children in four countries. The health professional should carry out anamnesis directed to the child's behavioral issues at home and at school, family dynamics, cultural context, family history of non-compliance of gender, social life of the child and child safety. Attention should be paid to psychosocial assessment appropriate to the child's age. It is up to the Primary Health Care team to clarify the main doubts of the families, to carry out the diagnostic suspicion and to refer to the specialized center for the care of the transgender children of their state. **Conclusion:** It is up to the Primary Health Care team to provide a welcoming and non-discriminatory environment so these families can be properly evaluated and conducted.

Keywords: Gender Identity; Gender and Health; Transgender Persons; Gender Dysphoria; Child

Resumen

Introducción: La disforia de género en los niños es un tema poco abordado en el entrenamiento clínico, a pesar del aumento del interés de las familias sobre las cuestiones de género. **Objetivo:** Lograr una revisión integrativa de investigación sobre la Disforia de Género en los niños e identificar recomendaciones para el manejo en Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Revisión integrativa de la literatura utilizando términos MeSH en las bases de datos Pubmed, Medline, Lilacs y Scielo para artículos publicados entre 2008 y 2018 que utilizaron niños transgéneros en sus análisis. **Resultados:** De los 2.488 artículos identificados por la clave de búsqueda, 12 artículos fueron seleccionados. En su mayoría, de centros especializados en atención a los niños transgéneros de cuatro países. El profesional de salud debe realizar anamnesis dirigida a las cuestiones de comportamiento del niño en casa y en la escuela, dinámica familiar, contexto cultural, historia familiar de no conformidad de género, vida social del niño y seguridad infantil. Se debe poner atención a la evaluación psicosocial adecuada para la edad del niño. Cabe al equipo de Atención Primaria a la Salud aclarar las principales dudas de las familias, realizar la sospechosa diagnóstica y encaminar al centro especializado de atención a los niños transgéneros de su estado. **Conclusión:** Cabe al equipo de Atención Primaria a la Salud proporcionar un ambiente acogedor y sin discriminación para que estas familias sean evaluadas y conducidas de forma adecuada.

Palabras clave: Identidad de Género; Género y Salud; Personas Transgénero; Disforia de Género; Niño

Introdução

A Disforia de Gênero se refere ao estresse que pode vir acompanhado de incongruência entre o gênero experimentado ou expressado e o gênero designado.¹ O gênero designado é aquele estabelecido ao nascimento pela identificação da genitália externa (sexo masculino ou feminino), já o gênero experimentado ou expressado é aquele que engloba sentimentos e identificação pessoal que não se restringem ao estereótipo binário homem-mulher.² Estudos conduzidos em centros especializados no atendimento a crianças transgêneras evidenciam um aumento da procura por atendimento que pode ser devido ao crescente interesse pelo tema Disforia de Gênero e não conformidade de gênero.³⁻⁷ Segundo a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*,¹ a prevalência de Disforia de Gênero entre homens adultos varia de 0,005% a 0,014%, e em mulheres adultas 0,002% a 0,003%, e a relação por sexo em crianças varia de 2:1 a 4,5:1 em meninos e meninas, respectivamente.

Pesquisadores identificaram que, aos 12 meses de vida, as crianças são capazes de determinar objetos típicos de cada gênero e, entre 17 e 21 meses de vida, elas se autoidentificam como meninos ou meninas; assim, a identidade de gênero tem início entre 2 e 3 anos de idade.¹⁻³ Para algumas crianças pré-escolares, a não conformidade de gênero, desejar pertencer a outro gênero ou, mais raramente, se rotular como membro de outro gênero, pode ocorrer devido ao seu desenvolvimento natural e exploração da sua individualidade.¹ Por volta dos 6 a 7 anos de idade, a criança tem consciência de que seu gênero permanecerá o mesmo,² e expressões de disforia anatômica podem ocorrer tanto por antecipação da puberdade quanto por Disforia de Gênero.¹

Cabe à equipe de Atenção Primária à Saúde esclarecer as principais dúvidas das famílias, realizar a suspeita diagnóstica e encaminhar ao centro especializado no atendimento a crianças transgêneras do seu estado.^{2,3,8} O objetivo desta pesquisa foi realizar revisão integrativa de pesquisas sobre Disforia de Gênero em crianças e identificar recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Foi realizada revisão integrativa da literatura em 23 de novembro de 2018 utilizando os termos MeSH *Gender Identity, Transgender Persons, Gender Dysphoria, Health Services for Transgender Persons, Children e Adolescent* nas bases de dados PubMed, Medline, Lilacs, Scielo e busca manual *on-line* para artigos publicados entre 2008 e 2018. Como critério de inclusão, estabeleceu-se estudos que utilizassem crianças transgêneras. Foram excluídos artigos que abordassem exclusivamente: crianças transgêneras com Distúrbio da Diferenciação do Sexo, pais ou responsáveis de crianças transgêneras, adolescentes transgêneros, tratamento endocrinológico e/ou psiquiátrico para pessoas transgêneras. Com base nos artigos selecionados, foram identificadas recomendações para o manejo das famílias e crianças com Disforia de Gênero na Atenção Primária à Saúde.

Resultados

Dos 2.488 artigos identificados pela chave de busca, 277 foram selecionados pelo título, 83 pelo resumo, 31 pela leitura do texto completo e 12 artigos selecionados, conforme Figura 1.

Os artigos selecionados foram em sua maioria de amostras de centros especializados no atendimento a crianças transgêneras no Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e Holanda. Os principais resultados do Quadro 1 limitaram-se aos dados de crianças menores de 12 anos de idade apresentados pelas pesquisas.

Epidemiologia

Um estudo de base populacional em Tóquio¹⁶ evidenciou Disforia de Gênero em 0,5% dos meninos e 1,6% das meninas entre 3 e 12 anos de idade. Contudo, devido ao instrumento de pesquisa ter sido questionário autoaplicável, os respondentes do grupo entre 3 e 12 anos de idade foram seus responsáveis, o que pode acarretar um viés de pesquisa. A prevalência de Disforia de Gênero em crianças ainda não foi estabelecida, pois entre as pesquisas que estimam este valor temos como respondentes os responsáveis pelas crianças e critérios diagnósticos desatualizados. Entretanto, estima-se que a prevalência de Disforia de Gênero em crianças seja menor que 1%.^{5,21}

Os centros especializados no atendimento a pessoas com não conformidade de gênero e transgêneras, citados na pesquisa, assistiam às populações adulta e pediátrica. Na presente pesquisa, o percentual de crianças pré-púberes em atendimento nos centros especializados variou entre 7% e 42%^{11,13,19,20} com predomínio do sexo masculino.¹¹ Em Toronto, a prevalência de Disforia de Gênero em menores de 12 anos de idade referenciadas para acompanhamento em centros especializados variou entre 12%⁹ e 50%¹⁴ (82% do sexo masculino¹⁴); já em Amsterdam foi de 75%.¹⁰ Um estudo de coorte de crianças com não conformidade de gênero de base populacional nos Estados Unidos, *TransYouth Project*, destacou que a proporção das faixas etárias de crianças em acompanhamento foram de 30% entre 3 e 5 anos de idade, 40% entre 6 e 8 anos de idade e 30% entre 9 e 12 anos de idade, com 70% de participação de crianças do sexo masculino.¹⁵

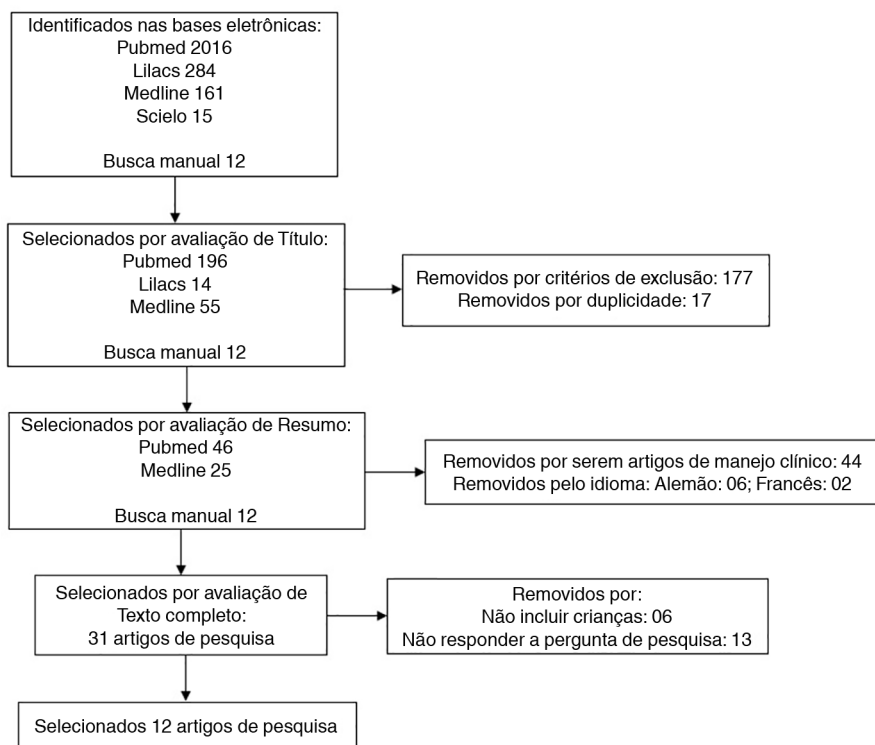


Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos de pesquisa sobre crianças transgêneras.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados.

Autores (ano)	Tipo de estudo	Local (período)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Drummond et al. (2008) ⁹	Coorte	Toronto, Canadá (1977-2002)	Crianças referenciadas ao centro especializado 25 meninas participaram do estudo Idades entre 3 e 12 anos (intervalo para 2ª coleta: 3 a 27 anos)	1ª avaliação: 88% meninas com Desordem de Identidade de gênero e 12% com Disforia de gênero 2ª avaliação: 60% permaneceram Desordem de Identidade de Gênero; 28% se identificaram como homossexuais, bissexuais ou assexuais	Entre as participantes, houve maior probabilidade de Disforia de Gênero e Identidade Sexual não heterossexual do que na população em geral
Wallien & Cohen-Kettenis (2008) ¹⁰	Coorte	Amsterdã, Holanda (1989-2005)	Crianças referenciadas ao centro especializado 77 crianças participaram do estudo entre 5 e 12 anos 54 crianças participaram do seguimento entre 16 e 28 anos	1ª avaliação: 75% com Disforia de Gênero 2ª avaliação: 27% persistiram com Disforia de Gênero (1 a cada 5 meninos; 1 a cada 2 meninas) Entre os 21 participantes (todos com Disforia de Gênero na infância) houve maior não conformidade de gênero, disforia de gênero, insatisfação corporal (especificamente características sexuais secundárias) em comparação ao grupo desistente 68% do grupo com Disforia de Gênero relatou atração pelo mesmo sexo e 81% se identificaram como bissexuais ou homossexuais.	A maioria das crianças com Disforia de Gênero não permanecerá após a puberdade. As crianças participantes que persistiram com Disforia de Gênero na adolescência apresentaram Disforia de Gênero extremas na infância. O desfecho mais provável da Disforia de Gênero na infância foi homossexualidade ou bissexualidade.

Continuação Quadro 1.

Autores (ano)	Tipo de estudo	Local (período)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Spack et al. (2012) ¹¹	Transversal	Boston, Estados Unidos (1998-2009)	Pessoas referenciadas ao centro especializado 97 participantes 11 em Estágio Tanner 1 (7 sexo masculino); 10 Estágio Tanner 2 (5 sexo masculino)	Do total de participantes: 45% demonstraram não conformidade de gênero antes dos 5 anos de idade	A importância do conhecimento pelos profissionais de saúde acerca da Desordem de Identidade de Gênero para aconselhamento dos pais, prevenção de automutilação e ideação suicida, entre outras doenças psiquiátricas
Olson et al. (2015) ¹²	Caso-Controle	Estados Unidos (não informado)	Estudo coorte <i>TransYouth Project</i> 32 (casos) crianças entre 5 e 12 anos (pré-púberes) 32 controles e 18 irmãos	Não houve diferença significativa segundo identidade de gênero, preferências de gênero, preferência de pares e objetos preferidos entre os grupos	O grupo de crianças transgêneras que vivem de acordo com sua identidade de gênero tem sua autopercepção de acordo com sua expressão de gênero
Holt et al. (2016) ¹³	Transversal	Londres, Inglaterra (2012)	Crianças referenciadas ao centro especializado 218 crianças entre 5 e 17 anos 93 crianças menores de 6 anos 76 crianças entre 7 e 12 anos	41 crianças entre 5 e 11 anos reportaram 36% <i>bullying</i> , 17% ansiedade, 14% automutilação, 14% ideação suicida, 14% TDAH, 12% TEA, 10% abuso	As dificuldades psicológicas relatadas pelas crianças enfatizam a importância dos clínicos na identificação destas dificuldades.
Hughes et al. (2016) ¹⁴	Transversal	Toronto, Canadá (1976-2013)	Crianças referenciadas ao centro especializado 1.023 casos (referenciadas entre 1976 e 2013) 1.064 controles (referenciadas a outras clínicas entre 1991 e 2001)	50% dos casos referenciados eram < 12 anos com Disforia de Gênero (82% sexo masculino) 5% dos casos referenciados eram < 12 anos com Fetichismo Transvestista (todos sexo masculino)	Entre os casos homossexuais (adolescentes) e de Fetichismo Transvestista do sexo masculino, houve menor probabilidade de serem filhos únicos. Os autores destacam o efeito de ordem de nascimento fraternal com maior probabilidade de terem irmãos mais velhos
Olson et al. (2016) ¹⁵	Caso-controle	Estados Unidos (não informado)	Estudo coorte <i>TransYouth Project</i> 73 (casos) crianças entre 3 e 12 anos (pré-púberes) 73 controles e 49 irmãos	30% casos entre 3 e 5 anos; 40% casos entre 6 e 8 anos; 30% casos entre 9 e 12 anos 70% casos sexo masculino	Os casos que realizaram a transição social com apoio familiar apresentaram típicas taxas de depressão e pouco elevadas de ansiedade comparadas aos controles e irmãos. Os casos do estudo apresentaram taxas menores de comportamento internalizante do que outros estudos.
Sasaki et al. (2016) ¹⁶	Transversal	Tóquio, Japão (não informado)	Estudo de base populacional (Grupos de 3-12 anos; 13-18 anos; 19-26 anos) 2.202 Gêmeos monozigóticos (1.074;738;390) 1.130 Gêmeos dizigóticos (674;302;154) 1.022 Gêmeos dizigóticos masc/fem (618;302;102)	Prevalência de Disforia de Gênero: grupo 3-12 anos (masc 0,5%, fem1,6%); grupo 13-18 anos (masc 2%, fem 10%); grupo 19-26 anos (masc 3%, fem 12%) Gêmeos dizigóticos masc/fem não evidenciaram maiores escores de Desordem de Identidade de Gênero, portanto, este achado não apoia a teoria de transferência hormonal pré-natal No sexo feminino 84% da variância na Desordem de Identidade de Gênero pôde ser explicada por fatores genéticos; no sexo masculino 70% pôde ser explicada por fatores ambientais compartilhados	A sociedade japonesa permite que o sexo feminino possa expressar sua Disforia de Gênero e não conformidade de gênero mais amplamente do que o sexo masculino Os dados não corroboram a teoria de transferência hormonal pré-natal A maior parte da variância para Desordem de Identidade de Gênero ocorreu por fatores familiares em crianças, entretanto, esta variância parece diminuir conforme a idade

Continuação Quadro 1.

Autores (ano)	Tipo de estudo	Local (período)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Drummond et al. (2017) ¹⁷	Coorte	Toronto, Canadá (1977-2002)	Crianças referenciadas ao centro especializado 24 meninas participaram do estudo Idades entre 3 e 12 anos (intervalo para 2ª coleta: 3 a 27 anos)	1ª avaliação: 45% dos casos apresentaram problemas de comportamento; 46% apresentaram depressão ou ansiedade; 42% abuso ou dependência de substâncias 2ª avaliação: 39% dos responsáveis e 33% dos casos auto relataram problemas de comportamento; 33% relataram duas ou mais tentativas de suicídio desde 13 anos	Meninas referenciadas mostraram vulnerabilidade psiquiátrica no seguimento e destaca a importância de abordagem integrativa e holística nos cuidados destes pacientes
Durwood et al. (2017) ¹⁸	Caso-Controle	Estados Unidos (2015-2016)	Estudo coorte <i>TransYouth Project</i> 63 (casos) crianças entre 9-14 anos 63 controles e 38 irmãos 116 (casos) crianças entre 6-14 anos 122 controles e 72 irmãos	No grupo de 9-14 anos houve taxas normais de depressão e taxas pouco aumentadas de ansiedade Os responsáveis do grupo de 9-14 anos não apresentaram diferença nas taxas de depressão entre os grupos, porém apresentaram taxas altas de ansiedade no grupo de casos No grupo de 6-14 anos houve alta autoestima global que não diferenciou entre os grupos	Ser transgênero não é sinônimo de altos níveis de psicopatias e fornece evidências convergentes de que o apoio familiar precoce está associado a uma saúde mental positiva em crianças transgêneras
Lawlis et al. (2017) ¹⁹	Transversal	Ohio, Estados Unidos (não informado)	Pessoas referenciadas ao centro especializado 118 casos participantes; 103 responsáveis 8 entre 6 e 10 anos; 24 entre 11 e 14 anos	No grupo de casos de 6-10 anos as maiores preocupações foram uso de banheiros, bloqueadores de puberdade e sentimento de segurança na escola Os responsáveis do grupo de 6-10 anos apresentaram maiores preocupações com aceitação familiar, uso de banheiros, recursos gerais, questões legais e discutir questões trans com membros não familiares	O grupo 6-10 anos possivelmente não compreende as questões futuras a serem enfrentadas por pessoas transgêneras e apresentaram pouca preocupação com a transição física visto que estão em fase pré-púbere. Os responsáveis deste grupo estiveram mais preocupados com questões sociais do que clínicas
Wiepjes et al. (2018) ²⁰	Transversal	Amsterdã, Holanda (1972-2015)	Pessoas referenciadas ao centro especializado 6.793 participantes 548 crianças entre 7-10 anos de idade	Em 2015, prevalência 1 mulher trans: 3.800 homens; 1 homem trans: 5.200 mulheres 8% de crianças entre 7-10 anos de idade referenciadas	Houve aumento dramático da procura por atendimento especializado nas últimas décadas

O diagnóstico de Disforia de Gênero requer sucessivas avaliações, pois pode ser confundido com comportamentos próprios da exploração da identidade de gênero da criança. Hughes et al.¹⁴ destacaram que 5% das crianças menores de 12 anos de idade referenciadas apresentaram Fetichismo Transvestista (todas do sexo masculino), e na coorte de Spack et al.¹¹ 45% dos participantes relataram não conformidade de gênero antes dos 5 anos de idade. No estudo de Wallien & Cohen-Kettenis¹⁰ foi observado que todos os participantes com Disforia de Gênero permaneceram com não conformidade de gênero, Disforia de Gênero e insatisfação corporal (especificamente para caracteres sexuais secundários) no seguimento.

Nem toda criança que apresenta não conformidade de gênero ou Disforia de Gênero nas primeiras avaliações permanecerá com este diagnóstico no seguimento ao longo dos anos. Dois estudos de coorte publicados em 2008 mostraram dados do seguimento dos participantes com 60% de persistência de não conformidade de gênero⁹ e 27% de Disforia de Gênero¹⁰ (1:5 meninos; 1:2 meninas).¹⁰ Nestes mesmos estudos, os já adolescentes se autoidentificaram como homossexuais ou bissexuais em 28%⁹ e 81%.¹⁰

A etiologia e fatores influenciadores da Disforia de Gênero ainda demandam estudos da comunidade científica. Sasaki et al.¹⁶ em sua pesquisa com gêmeos, destacou que os dados sobre gêmeos dizigóticos masculino/feminino não corroboraram a teoria de transferência hormonal pré-natal e que 84% da variância da Desordem de Identidade de Gênero pôde ser explicada por fatores genéticos no sexo feminino, o que não ocorreu no sexo masculino, onde a variância foi explicada em 70% por fatores ambientais.

Outro interesse dos pesquisadores foi a vulnerabilidade emocional destas crianças. Dados do *TransYouth Project* mostraram que crianças que viveram de acordo com a sua identidade de gênero (transição social) tinham sua autopercepção em acordo com sua expressão de gênero¹² e apresentaram sua autoestima global elevada.¹⁸ As crianças que realizaram a transição social com apoio familiar evidenciaram taxas típicas de depressão para a idade e pouco elevadas de ansiedade.¹⁵ Já os pais destas crianças apresentaram altas taxas de ansiedade.¹⁸ Em outro estudo, não foi especificado se houve transição social ou apoio familiar, mas na primeira avaliação crianças entre 3 e 12 anos de idade apresentaram distúrbios de comportamento em 45% da amostra, depressão ou ansiedade em 46% e abuso ou dependência de substâncias em 42%; no seguimento após no mínimo 3 anos da primeira avaliação, 33% apresentaram distúrbios de comportamento, e 33% relataram duas ou mais tentativas de suicídio antes dos 13 anos de idade.¹⁷

A aceitação da sociedade para crianças com não conformidade de gênero ou Disforia de Gênero reflete nas pesquisas sobre o tema. Em Londres, crianças menores de 12 anos referenciadas ao centro especializado relataram *bullying*, ansiedade, automutilação e ideação suicida.¹³ Outra pesquisa evidenciou que suas maiores preocupações foram uso de banheiros e vestiários, bloqueadores de puberdade e segurança na escola. Seus pais reportaram preocupações com a aceitação familiar, uso de banheiros e vestiários, recursos gerais, questões legais e discutir questões trans com membros não familiares.¹⁹

Avaliação e critérios diagnósticos

A equipe da Atenção Primária à Saúde que recebe uma queixa ou dúvida sobre o comportamento ou identidade de gênero de uma criança deve acolher a família, ouvir suas demandas e observar a criança. Criar um ambiente seguro de aceitação sem julgamentos que possam prejudicar e/ou discriminar esta família.^{3,22} O profissional deve realizar anamnese direcionada às questões de comportamento da criança em casa e na escola, dinâmica familiar, contexto cultural, história familiar de não conformidade de gênero, vida social da criança e segurança infantil.^{22,23} Deve-se atentar para a avaliação psicossocial adequada para a idade da criança.²³ Conforme evidenciado, estas crianças estão sujeitas a situações de vulnerabilidade e podem apresentar depressão, ansiedade, automutilação e ideação suicida por não compreensão da sua identidade de gênero, *bullying* ou não aceitação familiar.^{13,17,19}

Posteriormente, realizar exame físico geral e específico para Distúrbios de Diferenciação do Sexo e sinais de Puberdade Precoce.³ Estas são situações que devem ser avaliadas minuciosamente pelo médico responsável e realizada a condução clínica recomendada para cada situação. Não há indicação de exames laboratoriais na avaliação de Disforia de Gênero em crianças, exceto na suspeita de Distúrbios da Diferenciação do Sexo e/ou Puberdade Precoce.³

Realizada a suspeita diagnóstica, esta família deve ser encaminhada ao centro especializado no acompanhamento a crianças transgêneras do seu estado, que realizará o acompanhamento por pelo menos 6 meses (fase de diagnóstico)⁸ no qual serão verificados os seguintes critérios (Quadro 2):

Quadro 2. Critérios diagnósticos para Disforia de Gênero em crianças.

Critérios diagnósticos para Disforia de Gênero em crianças
A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por, no mínimo, seis dos seguintes oito critérios (um deles deve ser o critério A1):
1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado)
2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por <i>cross-dressing</i> (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas
3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos por outro gênero.
5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.
6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos ou atividades tipicamente masculinas e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.
7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.
B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Especificar se:
Com um Distúrbio da Diferenciação do Sexo

Fonte: Adaptado de *American Psychiatric Association*¹ e Sociedade Brasileira de Pediatria.²

O diagnóstico definitivo é um desafio e demanda equipe multidisciplinar experiente nestas situações, pois são necessárias intervenções psicoterápicas para a criança, família e em grupo.^{21,22}

Recomendações

O objetivo do trabalho da equipe de Atenção Primária à Saúde é proporcionar o desenvolvimento do bem-estar físico, emocional e social destas famílias.^{21,22} A vergonha e o medo da estigmatização podem tardar a procura por atendimento, por isso a equipe deve ser respeitosa e livre de julgamentos.^{21,23} Estudos evidenciam que crianças com comportamentos de não conformidade de gênero ou Disforia de Gênero, poderão se identificar como homossexuais ou bissexuais na adolescência.^{9,10}

A principal preocupação deve ser identificar riscos para a segurança da criança no seu ambiente familiar e social, de forma a protegê-la, para que ela possa explorar sua identidade de gênero.^{3,8} Como evidenciado nas pesquisas, quando há apoio familiar estas crianças apresentam alta autoestima global e sentimentos favoráveis sobre seu desenvolvimento.^{12,15,18} A confidencialidade das informações compartilhadas pela família deve ter especial consideração.²³

As considerações éticas e a necessidade de acompanhamento a longo prazo sinalizam que o médico de Família e Comunidade deve sempre buscar equipe multidisciplinar para o manejo destas famílias e crianças.² O acolhimento deve ser individualizado e o acompanhamento de forma integral.² É responsabilidade do médico identificar se a criança preenche os critérios diagnósticos, avaliar suporte social, saúde mental e se há interesse da criança e da família em realizar intervenções clínicas.² Com a suspeita diagnóstica, esta família deve ser encaminhada ao centro especializado de referência.

Quando a criança é referenciada, ela é acompanhada por, no mínimo, 6 meses com psicoterapia que tem como foco a identidade de gênero, apoio social, imagem corporal, promoção da resiliência e suporte a problemas psíquicos.^{1,2,4,7,8} A fase seguinte pode durar de 3 a 4 anos e evolui a supressão puberal. Esta é iniciada no estágio 2 de Tanner com o objetivo de suprimir a produção dos esteroides sexuais, e assim, as modificações físicas da puberdade.^{1,2,7,8}

Os medicamentos usados são os agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina, e medroxi-progesterona como tratamento alternativo.² Esta intervenção é reversível com desenvolvimento puberal imediato após suspensão da medicação.^{2,8} A hormonioterapia ocorre no adolescente acima de 16 anos de idade com consentimento dos pais sincronizada com a equipe especializada.^{1,2,8,24} Nesta fase, a terapia hormonal envolve masculinizar ou feminilizar o corpo do adolescente com testosterona ou estrógenos, respectivamente.^{1,2,8} O tratamento cirúrgico é um recurso para adultos.^{1,2,8}

O uso de bloqueadores da puberdade ou hormonioterapia somente são indicados em casos de certeza do diagnóstico de Disforia de Gênero e seguem recomendações do parecer do Conselho Federal de Medicina nº 8/2013.²⁴

Como desafios temos a falta de acesso aos serviços especializados, pois se localizam em grandes centros urbanos, a crítica social na abordagem destes casos, burocracia, demora no atendimento nos centros especializados e falta de treinamento das equipes na abordagem destas situações.²²

Conclusão

O médico de Família e Comunidade deve realizar a suspeita diagnóstica por meio da investigação clínica por anamnese e exame físico. Assegurar um ambiente acolhedor e profissional sem julgamentos ou discriminação para que a família possa se sentir segura ao expor suas dúvidas. A principal preocupação é a identificação de potenciais riscos à segurança da família e da criança no seu contexto social e cultural. Deve-se garantir o bem-estar físico, emocional e social desta criança para que ela possa desenvolver sua identidade de gênero adequadamente. O diagnóstico definitivo é responsabilidade de equipe multidisciplinar experiente em crianças com Disforia de Gênero.

Referências

1. American Psychiatric Association - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM -5*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. *Guia Prático de Atualização: Disforia de Gênero* [Internet]; 2017. [acesso 2018 Nov 30]. Disponível em: goo.gl/dfMHEz
3. Bidwell RJ. Gender expression and identity issues. In: Adam HM, Foy JM, eds.. *Signs & Symptoms in Pediatrics*. Itasca: American Academy of Pediatrics; 2015. p. 409-42.
4. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):13-20. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
5. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14(5):404-11. <http://dx.doi.org/10.1071/SH17067>
6. de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59(3):301-20. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
7. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child*. 2018;103(7):631-6. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>
8. de Vries AL, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):1121-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.011>
9. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44(1):34-45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
10. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1413-23. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
11. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129(3):418-25. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
12. Olson KR, Key AC, Eaton NR. Gender cognition in transgender children. *Psychol Sci*. 2015;26(4):467-74. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797614568156>
13. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2016;21(1):108-18. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104514558431>
14. Hughes SK, VanderLaan DP, Blanchard R, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. The Prevalence of Only-Child Status Among Children and Adolescents Referred to a Gender Identity Service Versus a Clinical Comparison Group. *J Sex Marital Ther*. 2017;43(6):586-93. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208702>
15. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153223.
16. Sasaki S, Ozaki K, Yamagata S, Takahashi Y, Shikishima C, Kornacki T, et al. Genetic and Environmental Influences on Traits of Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages. *Arch Sex Behav*. 2016;45(7):1681-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-016-0821-4>
17. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, VanderLaan DP, Zucker KJ. Behavior Problems and Psychiatric Diagnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study. *J Sex Marital Ther*. 2018;44(2):172-87. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2017.1340382>
18. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(2):116-23.e2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
19. Lawlis SM, Donkin HR, Bates JR, Britto MT, Conard LAE. Health Concerns of Transgender and Gender Nonconforming Youth and Their Parents Upon Presentation to a Transgender Clinic. *J Adolesc Health*. 2017;61(5):642-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.025>
20. Wierpjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. 2018;15(4):582-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>

21. Puszczuk M, Czajeczny D. Gender dysphoria and gender variance in children – diagnostic and therapeutic controversies. *Arch Psychiatr Psychother.* 2017;19(3):34-42. <http://dx.doi.org/10.12740/APP/74640>
22. Torres CG, Renfrew M, Kenst K, Tan-McGrory A, Betancourt JR, López L. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatr.* 2015;15:187. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>
23. Adelson SL; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(9):957-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
24. Brasil. Conselho Federal de Medicina - CFM. Parecer n°8/2013 [Internet]. 2013. [acesso 2018 Dez 23]. Disponível em: goo.gl/mgVHH8

Quando a HbA1c não é suficiente: um caso de Hemoglobina de Baltimore

When HbA1c is not enough: a case of Baltimore Hemoglobin

Quando la HbA1c no es suficiente: un caso de Hemoglobina de Baltimore

André Silva Costa^a

Andreia Ramalho^b

Marina Lima^c

Anabela Bitoque^a

^a Unidade de Saúde Familiar Poente. Portugal. andrefsc88@gmail.com (Autor correspondente); anabelabitoque@gmail.com

^b Unidade de Saúde Familiar Sobreda. Portugal. and_ramalho@hotmail.com

^c Unidade Saúde Familiar Cova da Piedade. Portugal. marina_aml@hotmail.com

Resumo

A hemoglobina A1c (HbA1c) é o *gold standard* para monitorização da diabetes mellitus. A HbA1c pode estar falsamente diminuída ou aumentada em algumas situações clínicas, como hemoglobinopatias, não traduzindo adequadamente o controle glicêmico. Apresenta-se aqui o caso de um doente com valor de HbA1c incompatível com os registros de glicemia capilar, devido à presença de hemoglobina N-Baltimore. O caso apresentado é relevante porque, apesar de assintomática, a presença desta hemoglobinopatia conduz a uma diabetes falsamente encarada como controlada, se utilizados os métodos de determinação de HbA1c habituais.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hemoglobina A Glicada; Hemoglobinas Anormais

Abstract

The haemoglobin A1c (HbA1c) test is the gold standard in monitoring diabetes mellitus. HbA1c can be falsely decreased or increased in some particular scenarios, as in hemoglobinopathies, inadequately reporting the glycemic control. Here we present the case of a patient with a HbA1c value incompatible with self-monitoring blood glucose levels, due to the presence of hemoglobin N-Baltimore. This case is relevant because, in spite of being asymptomatic, the presence of this type of hemoglobin leads to an incorrect appearance of glycemic control, if standard methods for HbA1c determination are used.

Keywords: Diabetes Mellitus; Glycated Hemoglobin A; Hemoglobins, Abnormal

Resumen

La hemoglobina A1c (HbA1c) es el estándar de oro para la monitorización de la diabetes mellitus. La HbA1c puede estar falsamente disminuida o aumentada en algunas situaciones clínicas, como hemoglobinopatias, no traduciendo adecuadamente el control glucémico. Se presenta aquí el caso de un paciente con valor de HbA1c incompatible con los registros de glucemia capilar, debido a la presencia de hemoglobina N-Baltimore. El caso que presenta es relevante porque, a pesar de asintomática, la presencia de esta hemoglobinopatia conduce a una diabetes falsamente encarada como controlada, si se utilizan los métodos de determinación de HbA1c habituales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Hemoglobina A Glucada; Hemoglobinas Anormales

Como citar: Costa AS, Ramalho A, Lima M, Bitoque A. Quando a HbA1c não é suficiente: um caso de Hemoglobina de Baltimore. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1746](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1746)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 05/05/2018.

Aprovado em: 14/09/2018.

Introdução

A hemoglobina glicada (HbA1c) reflete a glicemia média dos últimos 2 a 3 meses, correspondendo à semivida dos eritrócitos, sendo o método regularmente utilizado para monitorizar o controle metabólico na diabetes. Níveis de HbA1c acima de 7% estão associados a um risco progressivamente maior de complicações da diabetes. O valor alvo para cada indivíduo pode ser maior ou menor, dependendo das suas características clínicas particulares.¹

A HbA1c pode estar falsamente diminuída em certas situações clínicas, não traduzindo adequadamente o controle glicêmico.^{2,3} São exemplos destas situações hemoglobinopatias e anemia hemolítica, bem como outras condições que afetem o tempo de vida do eritrócito ou a ligação entre a hemoglobina e a glicose (gravidez, hemorragia, terapêutica de reposição com ferro e vitamina B12, doença renal crônica - DRC).¹⁻³ Estudos epidemiológicos relataram diferenças étnicas na HbA1c, tendo os afro-americanos, em média, valores de HbA1c superiores aos europeus.⁴

Mais de 1300 variantes de Hb foram descritas até à data.⁵ Hemoglobinas variantes possuem estrutura química diferente da hemoglobina normal correspondente, resultante de mutações em uma ou mais bases azotadas, com troca de aminoácidos nas cadeias alfa, beta, delta ou gama.⁶ Enquanto certas variantes são comuns e associadas a quadros clínicos clássicos, como a anemia falciforme, outras são relativamente incomuns e clinicamente silenciosas.^{2,5}

Algumas destas hemoglobinopatias podem afetar a determinação da HbA1c por HPLC (*High performance liquid chromatography*),² como é o caso da variante Hb N-Baltimore ($\beta 95 \text{ Lys} \rightarrow \text{Glu}$).¹ Por não apresentarem sintomas clínicos, os portadores desta hemoglobina são detectados apenas por estudos populacionais ou quando a Hb N estiver associada a formas talassêmicas ou a outras variantes da hemoglobina,⁶ não existindo dados relativamente à sua prevalência.

Apresenta-se aqui o caso de um paciente diabético com determinações de HbA1c não compatíveis com o registo de glicemias capilares, devido à presença de Hb N-Baltimore, com importantes implicações para a sua monitorização e seguimento.

Detalhamento do caso

J.A.D.R., 63 anos, raça caucasiana, taxista, inserido numa família nuclear, no estágio VI do Ciclo da vida de Duvall (família com adulto jovem a sair de casa). Apresentava como antecedentes pessoais diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Essencial grau 1 (controlada, sem lesão de órgão alvo) e obesidade (Índice de Massa Corporal - IMC - 30kg/m²). Estava medicado com Losartan 100mg, 1 comprimido de manhã, e Metformina 700mg, 1 comprimido ao almoço. Negava consumos tabagistas, etílicos ou toxicofílicos. Sem história familiar de relevo.

O diagnóstico de diabetes mellitus foi realizado aos 59 anos (4 anos de evolução da doença) após 2 valores de glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL (nomeadamente, 140 e 142 mg/dL, com intervalo de 6 semanas).

O utente recorreu à consulta de vigilância de diabetes com o seu Médico de Família para a qual trazia resultados de análises, das quais se destacava HbA1c (HPLC - troca catiônica, Menarini® Arkray Adams A1c HA818O) de 5,4%. O paciente encontrava-se assintomático, negando poliúria, polidipsia ou perda de

peso. Negava igualmente sintomas de hipoglicemia. Trazia registros de autocontroles de glicemias capilares dos últimos 3 dias com valores em jejum entre 188-291 mg/dL e pós-prandiais entre 240-297 mg/dL.

Ao exame objetivo, apresentava IMC de 30kg/m². O seu pulso era regular a 76bpm com uma tensão arterial de 138/86mmHg. A auscultação cardiopulmonar não revelou alterações de relevo. Na avaliação do risco de pé diabético tinha um risco baixo (*2015 International Working Group on the Diabetic Foot*). Apresentava acuidade visual preservada, com rastreio de retinopatia diabética por retinografia, no ano anterior, com resultado negativo.

Verificou-se que o valor de HbA1c que o paciente apresentava não era compatível com os registros das suas glicemias capilares. A primeira questão a ser abordada com o paciente foi a técnica de medição da glicemia capilar, na qual verificamos não existirem erros grosseiros que interferissem com os valores obtidos. Considerando que existem algumas situações clínicas (hemoglobinopatias, anemia hemolítica, DRC) que podem interferir com os valores de HbA1c, foi pedido, na consulta de Medicina Geral e Familiar, estudo analítico para exclusão destas causas.

Duas semanas depois, o utente traz os resultados das análises solicitadas (Tabela 1), destacando-se a eletroforese das hemoglobinas, com fração de 54,4% de Hb Variante, compatível com hemoglobina N-Baltimore. É então pedida nova HbA1c pelo método HPLC conjugado com a afinidade ao boronato (Menarini® Hb912O Premier), obtendo-se um valor de 8,4% e fructosamina de 604 µmol/L (IR<285).

Tabela 1. Resultados analíticos pedidos após detectar-se incongruência entre as glicemias capilares e a HbA1c.

Parâmetro	Resultado	Valor de Referência
Creatinina	1,0mg/dL	0,7 - 1,3mg/dL
Ferritina	295ng/mL	22 - 322ng/mL
Glucose	231mg/dL	< 110mg/dL
Hemoglobinas, Eletroforese	Hb A1 - 43,4%	> 95,0%
	Hb A2 - 2,2%	< 3,7%
	Hb Variante - 54,4 %	NA
Hemograma	Hb - 15,6g/dL	13,0 - 17,0g/dL
	HTC - 46,6%	40,0 - 50,0%
	VGM - 95fL	83,0 - 101,0fL
	HGM - 31,9pg	27,0 - 32,0pg
	CHGM - 33,6g/dL	31,5 - 34,5g/dL
	RDW - 11,9%	< 14,0%
	Leucócitos - 7,9 x 10 ⁹ /L	4,0 - 10,0 x 10 ⁹ /L
Plaquetas - 266 x 10 ⁹ /L	150 - 410 x 10 ⁹ /L	
HbA1c	5,8%	< 6,5%
TSH	1,55mUI/L	0,35 - 5,50mUI/L
VS	5mm/h	1-15 mm/h
Coombs Indireta	Negativo	NA
Urocultura	Negativa	NA
Microalbuminúria	5mg/mL	< 30mg/mL

CHGM - Concentração de Hemoglobina Globular Média; Hb - Hemoglobina; HbA1c - Hemoglobina A1c; HGM - Hemoglobina Globular Média; HTC - hematócrito; NA - Não Aplicável; RDW - *Red Cell Distribution Width*; TSH - *Thyroid-Stimulating Hormone*; VGM - Volume Globular Médio; VS - Velocidade de Sedimentação.

Perante este diagnóstico, foi feita a avaliação dos antecedentes familiares sem aspectos a valorizar. Atualmente, o paciente e a sua família estão sendo orientados em consulta de Genética Médica, mantendo o seguimento pelo seu Médico de Família.

Com um valor de HbA1c de 8,4%, a diabetes não apresentava um bom controle. Dada a idade, as comorbidades e a ausência de complicações micro ou macrovasculares, o nosso objetivo de HbA1c a atingir seria de 6,5-7,0%.⁷ Sendo esperado que a titulação da dose de metformina apenas permitiria um decréscimo da HbA1c até 1%, e considerando que a profissão do doente envolve a condução automóvel com o transporte de passageiros (contraindicação para terapêuticas com risco elevado de hipoglicemia),⁸ foi realizado o ajuste terapêutico com titulação da metformina e associação com linagliptina (1000mg+2,5mg, 1 comprimido duas vezes dia). Verificou-se a redução do valor da HbA1c (HPLC conjugado com a afinidade ao boronato Hb9120 Premier®) para 6,7% após 4 meses de terapêutica.

Discussão

A HbA1c continua a ser o *gold standard* para monitorizar o controle glicêmico em pessoas com diabetes mellitus.⁷ Dois grandes ensaios clínicos prospectivos randomizados demonstraram inequivocamente que a HbA1c prediz o risco de complicações microvasculares a longo prazo nestes pacientes.^{9,10}

A HbA1c é formada *in vivo* por uma reação entre a glicose e a região N-terminal das cadeias de Hb α ou β . A reação não enzimática irreversível entre a glicose e a HbA, o principal tipo de Hb em adultos, ocorre ao longo de aproximadamente três meses (o tempo de vida do eritrócito).¹¹ As variantes genéticas podem alterar a ligação da glicose, resultando em valores discordantes de HbA1c e as medições de glicose capilar em ambulatório.¹²

No caso clínico apresentado, os valores de HbA1c não eram compatíveis com os níveis de glicemia ao longo do dia. Existem várias situações clínicas que podem interferir no resultado do teste, promovendo a redução ou o aumento do valor real de HbA1c, e dificultando a sua utilização adequada (Tabela 2).

Tabela 2. Condições clínicas que podem interferir no resultado do teste de HbA1c.

Situações que podem promover HbA1c falsamente diminuída	
1. Anemias hemolíticas de diferentes etiologias (ex.: algumas hemoglobinopatias)	1. Hemorragia
2. Afecção da medula óssea por radiação, toxinas, fibrose, tumores	2. Doença renal crônica com déficit de eritropoetina
3. Medicacões (ex.: antirretrovirais, dapsona)	3. Gestação
Situações que podem promover HbA1c falsamente aumentada	
1. Doença renal crônica com presença de hemoglobina carbamylada	1. Doentes que usam doses elevadas de ácido acetilsalicílico com presença de hemoglobina acetilada
2. Deficiência nutricional de ferro	2. Condições que promovem aumento do número de eritrócitos e/ou do valor do hematócrito
3. Algumas hemoglobinopatias	

Após exclusão de erro na avaliação das glicemias, o paciente do caso descrito não apresentava história farmacológica (antirretrovirais, dapsona ou ácido acetilsalicílico) passível de interferência com a HbA1c e dos seus antecedentes não constava exposição a radiação ou toxinas, bem como doença renal crônica ou afecções que promovam alteração do hematócrito. A realização de eletroforese das hemoglobinas estava assim indicada para exclusão de hemoglobinopatia.¹

Bry et al.¹³ reviram como as hemoglobinopatias podem interferir na análise de HbA1c, independentemente dos efeitos na sobrevivência de eritrócitos. Influência na análise da HbA1c por HbF, HbS, HbC e outras formas anormais de Hb foi relatada. Os resultados podem ser falsamente aumentados, falsamente diminuídos ou não alterados, dependendo do método específico usado para medir a HbA1c e do tipo de hemoglobinopatia.

A Hemoglobina N-Baltimore, também conhecida como hemoglobina N-Memphis; Hopkins-I ou Kenwood, apresentada por este paciente, foi descrita por Smith e Torbert em 1958. É produzida por uma mutação na qual a lisina é substituída pelo ácido glutâmico no codão 95 da cadeia β da molécula de hemoglobina ($\beta 95 \text{ Lys} \rightarrow \text{Glu}$). Esta variante estrutural não causa nenhuma anormalidade eritrocitária e, portanto, os pacientes com essa variante de Hb são clinicamente assintomáticos.¹⁴

O impacto das variantes genéticas na determinação da HbA1c difere consideravelmente entre os mais de 30 métodos comercialmente disponíveis.¹⁵ Os métodos de análise da HbA1c podem ser divididos em dois grupos - ensaios baseados em carga molecular (HPLC de troca iônica e eletroforese) e em métodos que usam estrutura (imunoensaio e cromatografia de afinidade com o boronato).

Entre estes métodos de ensaio, HPLC de troca iônica (um dos mais usados) tende a demonstrar a maior interferência da presença de variantes e derivados de Hb nos valores de HbA1c. A cromatografia por afinidade do boronato, por outro lado, é um método bem documentado como sendo um dos testes de HbA1c com menor interferência para indivíduos com uma variante de Hb.¹³

O teste da fructosamina tem por base a glicosilação de proteínas, resultando da interação entre a glicose plasmática e a lisina (presente na molécula da albumina e de outras proteínas). A dosagem da fructosamina é recomendada em situações nas quais o teste de A1c apresente algum interferente, como no caso relatado.¹

Com o intuito de se evitar problemas na interpretação dos níveis de A1C obtidos pelos diversos métodos laboratoriais, foi criado um projeto especial: o *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP), disponível no link: <http://www.ngsp.org>. Este programa tem por finalidade harmonizar os métodos para dosagem da HbA1c, visando padronizar os resultados em relação ao método utilizado.¹⁵

Embora assintomática, o reconhecimento desta hemoglobinopatia tornou-se de vital importância para este paciente, visto que durante os primeiros 4 anos após o seu diagnóstico, a sua diabetes foi encarada falsamente como controlada, pois estávamos apenas a basear-nos nos valores de HbA1c. É questionável se, para um paciente individual, o melhor marcador para o risco de complicações será o nível de HbA1c ou o nível de glicemia média estimada. Este fato reveste-se de uma importância ainda maior em pacientes com hemoglobinopatias.

Geralmente, os médicos confiam mais nos níveis de HbA1c do que na automonitorização das glicemias capilares ao tomar decisões terapêuticas, com a consequência evidente de serem feitos ajustes desadequados com implicações negativas no prognóstico e no risco de complicações dos pacientes. Como tal, em casos de persistência de inexplicável discordância entre a HbA1c e as glicemias capilares, deve ser realizada a eletroforese das hemoglobinas.³

Considerando a importância dos cuidados de proximidade do Médico de Família, foi possível realizar a abordagem correta deste paciente em Cuidados de Saúde Primários, permitindo a redução de um elevado risco de complicações decorrentes da diabetes e a melhoria do prognóstico a longo prazo deste paciente.

Referências

1. Atualização sobre hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. Posicionamento Oficial SBD, SBPC-ML, SBEM e FENAD 2017/2018 [Internet]. [acesso 2018 Set 8]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/banners/posicionamento-3-2.pdf>
2. Gargallo MA, González FA, Villegas A. Abnormally low HbA1c secondary to hemoglobin J-Baltimore [beta 16(A13) Gly-->Asp]. Family study. *Endocrinol Nutr*. 2010;57(2):83-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2010.01.004>
3. Beck RW, Connor CG, Mullen DM, Wesley DM, Bergenstal RM. The Fallacy of Average: How Using HbA1c Alone to Assess Glycemic Control Can Be Misleading. *Diabetes Care*. 2017;40(8):994-9. <http://dx.doi.org/10.2337/dc17-0636>
4. Wheeler E, Leong A, Liu CT, Hivert MF, Strawbridge RJ, Podmore C, et al. Impact of common genetic determinants of Hemoglobin A1c on type 2 diabetes risk and diagnosis in ancestrally diverse populations: A transethnic genome-wide meta-analysis. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002383. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002383>
5. HbVar: A database of human hemoglobin variants and thalassemias [Internet]. [acesso 2018 Set 8]. Disponível em: <http://globin.bx.psu.edu/cgi-bin/hbvar/counter>
6. Bonini-Domingos CR, Silveira ELV, Viana-Baracioli LMS, Canali AA. Caracterização de hemoglobina N-Baltimore em doador de sangue de São José do Rio Preto, SP. *J Bras Patol Med Lab*. 2003;39(1):41-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442003000100008>
7. American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl 1):S55-64. <http://dx.doi.org/10.2337/dc18-S006>
8. Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, Segal JB, Wilson LM, Chatterjee R, et al Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med*. 2011;154(9):602-13. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-154-9-201105030-00336>
9. Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM, Genuth S, Lachin J, Cleary P, Crofford O, Davis M, et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;329(14):977-86. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199309303291401>
10. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998;352(9131):837-53. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)07019-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(98)07019-6)
11. Rahbar S. The discovery of glycated hemoglobin: a major event in the study of nonenzymatic chemistry in biological systems. *Ann NY Acad Sci*. 2005;1043:9-19. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1333.002>
12. Sacks DB. Hemoglobin variants and hemoglobin A1c analysis: problem solved? *Clin Chem*. 2003;49(8):1245-7. <http://dx.doi.org/10.1373/49.8.1245>
13. Bry L, Chen PC, Sacks DB. Effects of hemoglobin variants and chemically modified derivatives on assays for glycohemoglobin. *Clin Chem*. 2001;47(2):153-63.
14. Lorenzo-Medina M, Nogueira-Salgueiro P, Martin-Aguila A, Ruiz-Garcia L. Interference of Hemoglobin N-Baltimore on Measurement of HbA1c Using the HA-8160 and HA-8180 HPLC Methods. *J Diabetes Sci Technol*. 2015;9(3):714-5. <http://dx.doi.org/10.1177/1932296815574723>
15. National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP). Factors that interfere with HbA1c test results [Internet]. [acesso 2018 Set 7]. Disponível em: www.ngsp.org/factors.asp

Cuidado resolutivo de paracoccidioomicose em uma Unidade Básica de Saúde. Relato de caso

Resolutive care of paracoccidioidomycosis in a Basic Health Unit.
Case report

Resolución de paracoccidioidomycosis en una Unidad Básica de Salud. Relato de caso

Maria Cristina Almeida de Souza^a,
Edsneider Rocha Pires de Souza^a
Paula Pitta de Resende Côrtes^b
João Carlos de Souza Côrtes Júnior^b
Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra^a
Elisa Maria Amorim da Costa^a

^a Universidade de Vassouras.
Vassouras, RJ, Brasil.
mcas.souza@uol.com.br
(Autor correspondente);
edsneidermed@yahoo.com.br;
sm.vilagra@uol.com.br;
elisamacosta.emac@gmail.com

^b Universidade de Vassouras.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
paulapitta@yahoo.com.br;
joacortres@yahoo.com.br

Resumo

A paracoccidioomicose é uma micose sistêmica endêmica nas regiões tropicais da América do Sul, sendo comum no Brasil. É causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, que infecta o homem pela via respiratória por meio de inalação. Após a sintomatologia pulmonar, por disseminação hematogênica, pode acometer vários órgãos e sistemas. Uma das dificuldades no diagnóstico dessa doença se deve à sua semelhança clínica com a tuberculose. Clinicamente, a doença pode apresentar-se nas formas crônica e aguda/subaguda. Constitui-se em um importante problema de saúde pública, pois é uma doença incapacitante, podendo levar o portador ao óbito. Descreve-se, neste artigo, um caso de paracoccidioomicose em indivíduo do sexo masculino, cuja resolutividade do cuidado pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) foi fundamental para o sucesso do tratamento e para o bom prognóstico.

Palavras-chave: Paracoccidioidomycose; Estomatite; Micoses; Tuberculose

Abstract

Paracoccidioidomycosis is an endemic systemic mycosis in the tropical regions of South America, being common in Brazil. It is caused by the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*, which infects humans via the respiratory system through inhalation. After pulmonary symptomatology, by hematogenous dissemination, it can affect several organs and systems. One of the difficulties in the diagnosis of this disease is due to its clinical similarity with tuberculosis. Clinically, the disease may present in chronic and acute/subacute forms. It is an important public health problem, because is an incapacitating disease, which can lead the patient to death. This paper describes a case of paracoccidioidomycosis in a male patient, whose resolution of care by the Basic Health Unit (UBS) was fundamental to the success of the treatment and to the good prognosis.

Keywords: Paracoccidioidomycosis; Stomatitis; Mycoses; Tuberculosis

Como citar: Souza MCA, Souza ERP, Côrtes PPR, Côrtes Júnior JCS, Vilagra SMBW, Costa EMA. Cuidado resolutivo de paracoccidioomicose em uma Unidade Básica de Saúde. Relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1713](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1713)

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: 08/03/2018.
Aprovado em: 18/11/2018.

Resumen

La paracoccidioidomycosis es una micosis sistémica endémica en las regiones tropicales de América del Sur, siendo común en Brasil. Es causada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis*, que infecta al hombre por la vía respiratoria por inhalación. Después de la sintomatología pulmonar, por diseminación hematogénea, puede acometer varios órganos y sistemas. Una de las dificultades en el diagnóstico de esta enfermedad se debe a su semejanza clínica con la tuberculosis. Clínicamente, la enfermedad puede presentarse en las formas crónica y aguda/subaguda. Se constituye un importante problema de salud pública debido a su potencial incapacitante, pudiendo llevar al portador al óbito. Se describe en este artículo un caso de paracoccidioidomycosis en usuario del sexo masculino, cuya resolución del cuidado por el equipo de la Unidad Básica de Salud (UBS) ha sido fundamental para el éxito del tratamiento y para el buen pronóstico.

Palabras clave: Paracoccidioidomycosis; Estomatitis; Micosis; Tuberculosis

Introdução

A paracoccidioidomicose (PCM), blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore e Almeida, é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, cujo nicho ecológico é o solo.¹⁻⁶

Acomete qualquer tecido ou órgão, embora seja o pulmão o órgão mais frequentemente afetado. Clinicamente, pode apresentar-se nas formas crônica (tipo adulta) e aguda/subaguda (tipo juvenil).^{1,3,5,6}

A forma aguda/subaguda representa cerca de 3-5% dos casos, sendo a forma clínica mais prevalente na infância, podendo eventualmente acometer adultos com mais de 30 (até os 40) anos de idade. Os principais sintomas são linfonodomegalias superficiais e profundas, com supuração de massa ganglionar, sintomas digestivos, cutâneos, osteoarticulares, hepatoesplenomegalia, anemia, febre e caquexia. Nessa fase é raro o comprometimento pulmonar.⁵

A fase crônica – que pode ser unifocal (acomete um único órgão) ou multifocal (vários órgãos são afetados) - é a forma observada em cerca de 90% dos casos. Nesta fase, geralmente são acometidos adultos com 30 a 60 anos de idade. A doença instala-se de forma mais lenta, com duração da sintomatologia acima de quatro a seis meses e, por vezes, acima de um ano. Em alguns casos, a instalação é silenciosa e a doença é flagrada por exame solicitado para fins trabalhistas ou check-up.⁷ Envolvimento pulmonar nesta fase é comum e mimetiza a tuberculose. Radiograficamente, observam-se lesões nodulares, intersticiais ou cavitárias, mas que diferem da tuberculose e da histoplasmose devido à tendência de localização dos infiltrados nos campos pulmonares médios e inferiores, em vez dos ápices.^{4,5}

A paracoccidioidomicose se desenvolve após a inalação de esporos do microorganismo existentes no meio ambiente. Após a sintomatologia pulmonar, o fungo pode atingir vários órgãos e sistemas através da disseminação hematogênica.^{4,8}

A dificuldade no diagnóstico da PCM é devido aos sintomas serem semelhantes aos da tuberculose (TB). Nas fases iniciais da enfermidade, os sinais clínicos e radiológicos nem sempre permitem clara distinção entre a PCM e a TB. Os principais sintomas da forma unifocal da PCM são fraqueza, emagrecimento, febre, tosse, dispneia, infiltrado reticulonodular e hipertransparência distal bibasal. Já na forma multifocal da PCM, a doença acomete outros órgãos além do pulmão, como pele, mucosa oral, mucosas da faringe, laringe e o ápice dos dentes, causando dor durante a mastigação, sialorreia e odinofagia.⁵

É uma doença endêmica nas regiões tropicais da América do Sul, sendo comum no Brasil. Sua incidência é maior entre os homens, especialmente aqueles na faixa etária de entre 30 a 50 anos.⁹ O motivo da ocorrência desigual entre os sexos está possivelmente relacionado a efeitos inibitórios dos estrogênios sobre o crescimento do organismo e não somente à maior exposição ambiental.^{4,5}

A anamnese adequada, o exame físico detalhado, análises laboratoriais e radiografias são importantes para o diagnóstico definitivo. O diagnóstico definitivo (padrão ouro) acontece pelo achado do fungo em espécimes clínicos ou na biópsia tecidual. Não existe, até o momento, prevenção específica para a paracoccidiodomicose, doença que não faz parte da relação de notificação compulsória.

Deve-se tratar os portadores a fim de evitar o desenvolvimento da doença e o surgimento de complicações, sempre considerando a disponibilidade do acesso à medicação durante o tratamento e a adoção de medidas que melhorem as condições gerais do doente.¹⁰ O tratamento é usualmente feito com os fármacos sulfametoxazol-trimetoprim, anfotericina B, drogas antifúngicas, sulfamídicos e compostos azólicos, isolados ou associados.^{3,9} Nem todos, contudo, integram a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) ou mesmo a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos).

Justifica-se assim, a necessidade de que a equipe da Estratégia Saúde da Família, porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS), esteja qualificada e atualizada para diagnosticar a doença, bem como prestar os cuidados necessários ao seu manejo.

O Brasil é um dos países de maior endemicidade da paracoccidiodomicose, que representa um importante problema de saúde pública, devido ao seu alto potencial de morbidade e ao número de mortes prematuras que provoca, especialmente entre trabalhadores rurais do sexo masculino.

O objetivo deste artigo é descrever um caso de paracoccidiodomicose em usuário do sexo masculino, cuja resolutividade do cuidado pela equipe da USF foi fundamental para o sucesso do tratamento e bom prognóstico.

Detalhamento do caso

Paciente do sexo masculino, 27 anos, leucoderma, auxiliar administrativo, compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentando como queixa principal a presença de lesões em alto-relevo, eritematosas, nas regiões torácica (Figura 1A e 1B) e retroauricular (Figura 1C e 1D).

Na anamnese, relatou ao médico de família e comunidade (MFC) que as lesões haviam surgido há cerca de 1 mês. E que, 7 dias após o início, havia procurado por cuidados no serviço de pronto atendimento hospitalar, cujo médico lhe prescreveu um antifúngico tópico (miconazol gel 20 miligramas), com orientações para aplicação 5 vezes ao dia nas lesão durante 7 dias.

Decorrido o prazo, como não houve constatação de remissão das lesões, retornou ao serviço de saúde. Foi-lhe prescrito então corticoide para uso tópico (cetoconazol 20 mg+dipropionato de betametasona 0,5mg), com orientações para aplicação nos locais da lesão, alternadamente ao antifúngico, de modo que uma vez ao dia o produto aplicado fosse o antifúngico e, duas vezes, o corticoide, totalizando aplicação de produtos três vezes ao dia durante 7 dias. Um retorno após este período foi-lhe solicitado pelo médico. Não foi prescrito medicamento para uso interno.



Figura 1. A e B. Lesão na região torácica. C e D. Lesão na região retroauricular.

Vencido o prazo, e sem constatação de melhoras, o paciente relatou que optou por comparecer à UBS. Confidenciou que a agente comunitária de saúde (ACS) vinha insistindo para que se consultasse com o médico da UBS, mas que ele estava relutante até então.

Negou histórico de febre, inapetência, limitação funcional, prurido, ardência ou dor. Teste rápido antiHIV realizado na UBS deu resultado negativo. Hiperemia foi observada nas regiões afetadas. Ao exame clínico, o MFC observou paciente normocorado, com pressão arterial 120 X 80 mmHg, valores de glicemia capilar: 89 mg/dl. Sem relato de ingestão de qualquer medicação de uso contínuo.

Foi constatada pelo MFC a presença de prurido na lesão na região retroauricular e a existência de gânglios na região cervical e axilar. Mucosas oral, nasal e faríngea: sem alterações. Paciente negou histórico de trabalho rural, mas relatou que 5 dias antes do surgimento das lesões, havia feito uma limpeza em um galpão abandonado no quintal da residência, no qual havia muita serragem, restos de madeira apodrecida, tijolos antigos e fezes de pombos.

A hipótese diagnóstica foi de PCM, que é endêmica no Brasil. Como não havia expectoração, descartou-se, naquele momento, possibilidade de tuberculose. A dificuldade no diagnóstico clínico dessa doença é devido sua semelhança clínica com a tuberculose (TB), porém com clara distinção no diagnóstico laboratorial, já que as duas afecções possuem agentes etiológicos bem distintos.⁵

Atendendo aos protocolos do município, que tem cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família é de 100% e Rede de Atenção à Saúde sistematizada, o MFC referenciou o usuário ao serviço de média complexidade - ambulatório de cirurgia - para realização de biópsia. Solicitou também exames complementares como radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal, hemograma (função hepática), cujos resultados contribuem para o diagnóstico diferencial. O paciente foi orientado a suspender a aplicação dos produtos tópicos até o resultado da biópsia e a higienizar cuidadosamente o local.

O exame de sangue revelou normalidade de função hepática e demais taxas. O ultrassom abdominal não evidenciou alteração, contribuindo para descartar definitivamente a hipótese de tuberculose. A radiografia de tórax apresentou imagem sugestiva de discreto velamento parcial em ambos os pulmões. O laudo da biópsia confirmou o diagnóstico de PMC. No caso aqui relatado, a elaboração do diagnóstico não demandou por contatos ou contribuições de especialistas, tendo sido realizado pelo MFC.

Foi então prescrito uso sistêmico do antifúngico itraconazol 100 miligramas, 1 cápsula a cada 12 horas por 4 semanas (dose de ataque), quando o paciente teve uma consulta de retorno previamente agendada. Paciente relatou ser alérgico à sulfá. Ao ACS foi solicitado que, até a data da citada consulta, durante as visitas domiciliares (VD), perguntasse ao paciente sobre a evolução das lesões e informasse ao MFC para acompanhamento e registro no prontuário.

Decorrido as 4 semanas da consulta inicial, o paciente retornou à UBS e o MFC constatou significativa remissão das lesões (Figura 2A e 2B), descartando uso de qualquer outra medicação adicional.

Paciente foi orientado a reduzir o uso da medicação para 1 comprimido a cada 24 horas pelos 6 meses seguintes (dose de manutenção). Foi ratificada a relevância de consultas semestrais na UBS. O prognóstico revelou-se bom devido à adequada terapia instituída.



Figura 2. A e B. Remissão das lesões.

Discussão

A PCM é a maior causadora de morte em consequência de micoses sistêmicas no Brasil.^{4,10} Tendo em vista que a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é a UBS, torna-se imprescindível que as equipes de saúde que nelas atuam estejam atualizadas para prestarem um cuidado resolutivo ao usuário destes serviços.

No caso aqui relatado, a resolutividade do cuidado coube à equipe da UBS, embora o paciente já tivesse se consultado, sem sucesso, com outros profissionais, em uma clara demonstração de que o monitoramento do tratamento constitui um diferencial dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

Cabe ressaltar que a competência clínica da equipe – materializada por meio do emprego de seus conhecimentos, habilidades e atitudes – foi um diferencial para a resolutividade do cuidado prestado ao usuário e contribuiu para evidenciar a expertise de seu processo de trabalho. Trata-se de uma equipe que norteia seu cotidiano profissional pela premissa de que é capaz de resolver 80% das demandas da população adscrita à UBS, principalmente pela sistemática participação de seus integrantes em atividades de educação permanente, periodicamente ofertadas pela gestão municipal.

O vínculo do paciente com o ACS, que sabidamente conhecia seu estilo e hábitos de vida, foi fundamental para o adequado cuidado, pois provavelmente a insistência do ACS para que o paciente procurasse o médico da UBS representou um fator importante na decisão.

Embora a tosse produtiva e a febre – sinais frequentes da doença – estivessem ausentes, a hipótese diagnóstica da paracoccidiodomicose foi levantada devido presença de lesões na pele, ao envolvimento ganglionar, à localização das lesões na região superior do corpo – sinais característicos da doença⁴ e também ao relato pelo paciente, do manuseio de material empoeirado e em decomposição em um local abandonado, a exemplo do informado na literatura – de que o contágio ocorre pela inalação do aerossol formado pela poeira e outros componentes do solo, entre eles, os fungos do gênero *Paracoccidioides*, no revolvimento de terra.¹¹ Surto de paracoccidiodomicose após desmatamento e remoção massiva de terra durante a construção de uma rodovia no Rio de Janeiro, Brasil foi relatado na literatura.¹²

A confirmação da suspeita foi possível com os resultados dos exames laboratoriais e da biópsia, atendendo assim ao preconizado pelo Ministério da Saúde sobre a importância destes laudos para o diagnóstico diferencial, evitando subnotificações.¹

O tratamento do caso descrito com itraconazol, assim como relatado na literatura,^{5,10} foi realizado em duas fases: a de ataque e a de manutenção. Na primeira, o objetivo foi promover, além do controle imediato dos sinais e sintomas, a redução da carga parasitária, visando à recuperação da imunidade celular do hospedeiro. A segunda fase, de manutenção, foi instituída para reduzir o risco de recorrência da doença.

Justifica-se a opção pelo uso do derivado azólico itraconazol como droga de primeira escolha, devido a sua comprovada eficácia e tolerabilidade no tratamento da paracoccidiodomicose,¹⁰ decorrente da inibição da síntese do ergosterol, comprometendo a permeabilidade da membrana do fungo. Diferentemente de autores que prescrevem sulfonamidas para a terapia da paracoccidiodomicose, devido à alergia do paciente a este fármaco e seus derivados, o MFC optou pelo itraconazol, ainda que não fosse fornecido gratuitamente pelo SUS. Paciente afirmou ter condições financeiras para adquirir o fármaco.

O uso do cetoconazol, ainda que efetivo, foi descartado devido aos efeitos colaterais e à ocorrência de mais recidivas. Há pouca experiência com o fluconazol, que ainda não é o medicamento de primeira escolha. A anfotericina B, ainda que indicada para o tratamento de PCM, não foi prescrita devido a sua nefrotoxicidade e aos seus efeitos colaterais. Quanto às sulfas, embora se mostrem medicamentos eficazes no tratamento da paracoccidiodomicose e sejam fornecidas pelo SUS, apresentam a desvantagem de terem de ser administradas várias vezes ao dia e por um longo período.^{4,10}

O conhecimento sobre a paracoccidiodomicose ainda requer desvendar muitos dos aspectos relevantes da biologia do fungo, sua fisiopatologia, métodos diagnósticos menos intervencionistas, terapêutica mais curta e controle de cura adequado.¹³ Lamentavelmente, a PCM ainda tem sua incidência e prevalência subestimadas devido à ausência de notificação em várias Unidades da Federação.⁷

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de Bolso. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2018 Fev 12]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf
2. Prohmann CM, Dantas CA, Silva LB, Gatti RF, Machado TM, Antônio JR. Paracoccidiodomicose com acometimento ganglionar e mucoso – relato de caso. *Rev SPDV*. 2017;75(3):283-7 [acesso 2018 Fev 12]. Disponível em <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/818>
3. Souza NE, Afonso EO, Caldeira CA, Werneck FA, Boechat TO. Paracoccidiodomicose em criança com hipereosinofilia: relato de caso. *Rev Saúde*. 2017;8(1):33-6 [acesso 2018 Fev 15]. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/308>
4. Kauffman CA. Paracoccidiodomicose. In: Goldman L, Ausiello D. Ceecil – Tratado de Medicina Interna. 23ª ed. São Paulo: Elsevier; 2009. p. 2708-9.
5. Sanches LC, Faria MCI. A importância do diagnóstico diferencial entre a paracoccidiodomicose (PCM) e tuberculose (TB). *Rev Unigá Review* 2014;20(1):76-80 [acesso 2018 Nov 18]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_084211.pdf
6. Toledo GL, Marzola C, Toledo Filho JL, Capelari MM. Blastomicose sul americana – apresentação de caso clínico tratado com associação de inidazóis sistêmico e tópico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilfac*. 2011;52(2):83-8 [acesso 2018 Fev 16]. [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(11\)70016-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(11)70016-4)
7. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Telles FQ, Kono A, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. II Consenso em Paracoccidiodomicose. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(núm. esp.):e0500001 [acesso 2018 Nov 11]. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000500001>
8. Gavazzoni MFR, Azulay DR, Azulay RD. Paracoccidiodomicose (blastomicose sul-americana, micose de Lutz). In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafaia L. *Dermatologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
9. Wanke B, Aidê MA. Paracoccidiodomicose. *J Bras Pneumol*. 2009;35(12):1245-9 [acesso 2018 Fev 15]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001200013>
10. Uchimura MH, Francisco RS, Carmo HMO, Carvalho CM. Paracoccidiodomicose: um panorama da doença na amazônia. *Braz J Surg Clin Res*. 2018;21(3):113-8 [acesso 2018 Fev 15]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180204_153017.pdf
11. Ricci CD, Evangelista C, Thomaz BCA, Silva MV, Barbo MLP. Paracoccidiodomicose: forma crônica cutânea. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):51-4 [acesso 2018 Nov 18]. <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i1a12>
12. Valle AC, Marques PM, Almeida-Paes R, Romão AR, Lazéra M, Wanke B, et al. Paracoccidiodomycosis after highway construction, Rio de Janeiro, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(11):1917-9 [acesso 2018 Fev 26]. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/11/17-0934_article
13. Ambrósio AVA, Camelo CCS, Barbosa CV, Tomazatti FG, Brazões FAZ, Veloso JM, et al. Paracoccidiodomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida): propedêutica complementar, diagnóstico diferencial, controle de cura. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(1):81-92 [acesso 2018 Nov 11]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/606>

A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: Um relato de experiência

The training of health care professionals in the care of the quilombolas communities: A report of experience

La formación de profesionales de salud en el cuidado con las comunidades quilombolas: Un relato de experiencia

Eliane Patricia Lino Pereira Franchi^a
Maria Fernanda Terra^b
Josefa Moreira do Nascimento-Rocha^c
Rogério Ferreira Marquezan^a
Valdir Francisco Odorizzi^a

^a Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. fliane24@yahoo.com.br (Autor correspondente); rfm@uft.edu.br; vfo@uft.edu.br

^b Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mfterra@gmail.com

^c Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos (ITPAC). Porto Nacional, TO, Brasil. nascimentojn@hotmail.com

Resumo

Objetivos: Relatar a experiência de docentes e discentes de cursos da área da saúde durante as atividades da disciplina optativa “A saúde nos quilombos”. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, a partir da vivência dos docentes da disciplina, durante a realização das atividades de ensino e extensão realizadas em uma comunidade remanescente de quilombo (CRQ) do estado do Tocantins. **Resultados:** Foram levantadas quatro dimensões: o desconhecimento dos acadêmicos sobre as condições de vida e saúde das populações remanescentes de quilombos; a escassez de material de estudo sobre o tema; as questões étnico-raciais como determinantes de saúde e o interesse dos acadêmicos em construir práticas na comunidade. **Conclusão:** Este relato demonstra a importância da inserção de conteúdos e atividades de extensão voltadas à saúde de CRQs, para docentes e discentes da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Palavras-chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Origem Étnica e Saúde; Capacitação Profissional

Abstract

Objectives: To report the experience of teachers and students of courses in the health area during the activities of the optional subject “Health in Quilombos”. **Methods:** This is an experience report, based on the experience of the teachers of the subject, during the teaching and extension activities carried out in a remaining quilombo community (RQC) in the state of Tocantins. **Results:** Four dimensions were raised: the lack of knowledge about the living and health conditions of the remaining quilombos’ populations; The scarcity of study material on the subject; Ethnic-racial issues as determinants of health and the interest of academics in building practices in the community. **Conclusion:** This study demonstrates the importance of the insertion of content and extension activities directed to the health of CRQs, for teachers and students of Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Keywords: African Continental Ancestry Group; Ethnicity and Health; Professional Training

Como citar: Franchi EPLP, Terra MF, Nascimento-Rocha JM, Marquezan RF, Odorizzi VF. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: Um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1620](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1620)

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: 12/09/2017.
Aprovado em: 27/08/2018.

Resumen

Objetivos: Informar la experiencia de docentes y discentes de cursos del área de la salud durante las actividades de la disciplina optativa “La salud en los quilombos”. **Métodos:** Se trata de un relato de experiencia, a partir de la vivencia de los docentes de la disciplina, durante la realización de las actividades de enseñanza y extensión realizadas en una comunidad remanente de quilombo (CRQ) del estado de Tocantins. **Resultados:** Se abordaron cuatro dimensiones: el desconocimiento de los académicos sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones remanentes de quilombos; La escasez de material de estudio sobre el tema; Las cuestiones étnico-raciales como determinantes de salud y el interés de los académicos en construir prácticas en la comunidad. **Conclusión:** Este relato demuestra la importancia de la inserción de contenidos y actividades de extensión dirigidas a la salud de CRQ, para docentes y discentes de la Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Palabras clave: Grupo de Ascendencia Continental Africana; Origen Étnico y Salud; Capacitación Profesional

Introdução

A discriminação e o preconceito relacionados à cor da pele ainda são frequentes no Brasil. Neste contexto, encontram-se as comunidades remanescentes de quilombolas (CRQs), caracterizadas como espaços habitados secularmente por negros livres descendentes de escravos.¹ Apenas em 1988, devido a ações dos movimentos sociais negros, as CRQs foram reconhecidas pelo governo federal através do artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, inserido na Constituição Federal. Nesse decreto são considerados remanescentes das comunidades dos quilombos:

*“os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.*²

No Brasil, estima-se que 2 milhões de pessoas vivam em cerca de 2997 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, órgão responsável pela certificação de CRQs no Brasil, sendo que 1877 (63%) destas estão na região Nordeste, 357 (12%) estão na região Norte, e 44 destas estão no estado do Tocantins.³

A diversidade de realidades presenciadas pelas distintas regiões do Brasil requer políticas públicas que consigam suprir essas diferenças, apoiadas no princípio da equidade. Atualmente, a presença de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto a grupos de alta vulnerabilidade social vem sendo incentivada pelo governo federal, dentre estes, as comunidades quilombolas.⁴ Essas comunidades têm dificuldade em acessar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estão localizadas, na maior parte das vezes, dentro dos municípios, seja pela distância, seja pela ausência de transportes, seja por barreiras naturais como rios, encostas e matas.

Apesar dos avanços, as CRQs ainda enfrentam diversos problemas, como a luta pelo direito à terra e a falta investimentos públicos e infraestrutura. A precariedade na garantia do direito à educação, na oferta de serviços de saúde, além do preconceito/discriminação, falta de informações sobre seus direitos, e o isolamento físico e social dessas comunidades, entre outros, têm privado essas comunidades de seus direitos, dentre eles a saúde.⁵⁻⁷

Estudar as populações quilombolas envolve compreender que a condição de raça/cor e etnia influenciam diretamente a condição de vida e de saúde dessa população.^{8,9} Como a falta de saneamento básico, péssimas condições de moradia, e falta de acesso à serviços de educação e saúde que resultam em altas prevalências de agravos à saúde.^{10,11} Essa realidade demonstra a vulnerabilidade e invisibilidade das CRQs no Brasil, e afirma a necessidade da realização de pesquisas epidemiológicas que melhor descrevam as condições de vida e saúde dessas comunidades, particularmente no estado do Tocantins.^{12,13}

Em 2009, após reivindicações e lutas dos movimentos negros, o governo federal publicou a Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra (PNASPN).¹⁴ Essa política traz como objetivo principal a promoção da saúde integral à população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde. A instituição de políticas é fundamental, porém, estas se efetivam quando os profissionais de saúde conhecem tais políticas e buscam articulá-las no cotidiano da prática assistencial.

O contexto da universidade se destaca principalmente pelo tripé ensino-pesquisa-extensão. A extensão é uma forma de interação entre a universidade e a comunidade local na qual está inscrita, e que se coloca como ponte permanente entre a universidade e os diversos setores da sociedade. Carneiro descreve como:

*“via de duas mãos, em que a universidade leva conhecimentos e/ou assistência à comunidade e recebe dela influxos positivos como retroalimentação: suas reais necessidades, seus anseios e suas aspirações, aprendendo assim com o saber dessas comunidades”.*¹⁵

A universidade, por meio da extensão, influencia e também é influenciada pela comunidade, possibilitando um intercâmbio de experiências, conhecimentos, com potencialidade para a mudança de valores.¹⁶

Em meio à essa discussão, docentes da Universidade Federal do Tocantins (UFT) iniciaram a oferta da disciplina optativa “A saúde nos quilombos”, para alunos de cursos de graduação na área de saúde e ciências biológicas. A disciplina surgiu com o objetivo geral de promover a aproximação acadêmica e o reconhecimento das condições de saúde dos moradores dessas comunidades, assim como as barreiras enfrentadas pelas CRQs no acesso à saúde, principalmente no estado do Tocantins.

O conteúdo programático da disciplina optativa abordou aspectos históricos e antropológicos, racismo, as principais doenças que acometem as CRQs, assim como a importância da atuação da atenção primária à saúde, atuando a partir da intersectorialidade, possíveis e estratégias de prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação.

Com uma carga horária de 60 horas, foram utilizadas metodologias ativas para promover a reflexão e discussões sobre o conteúdo da disciplina e das vivências. Foram utilizados como materiais de estudo, principalmente, artigos científicos e videodocumentários disponíveis na Internet. Estavam envolvidos na disciplina quatro professores do curso de medicina, com o apoio de mais quatro professores do curso de nutrição.

Assim, este estudo tem o objetivo de relatar as contribuições vivenciadas por professores e alunos da UFT, durante a disciplina optativa intitulada “A saúde nos quilombos”, oferecida a alunos dos cursos de graduação em saúde e ciências biológicas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, relato de experiência, vivenciado por docentes e discentes, durante a disciplina optativa “A saúde nos quilombos”. A disciplina iniciou sua oferta no segundo semestre de 2016, abrangendo alunos a partir do segundo período dos cursos de graduação em nutrição, enfermagem e medicina, campus de Palmas e curso de ciências biológicas do campus de Porto Nacional.

Durante a disciplina, foram planejadas e realizadas visitas a uma comunidade quilombola do estado. A comunidade foi selecionada considerando a menor distância da capital, Palmas, a qual localiza-se a 96 quilômetros leste, e a 12 quilômetros da área urbana do município de Santa Tereza do Tocantins.

Trata-se de uma comunidade rural, reconhecida pela Fundação Cultural Palmares, desde 2011, e composta de 86 famílias, aproximadamente 250 pessoas, com uma associação comunitária local, uma escola municipal de ensino fundamental, um posto de saúde, um centro cultural e uma igreja em sua área. A comunidade mantém-se basicamente com a produção agrícola (como a mandioca, usada na produção da farinha, e a cana-de-açúcar, que serve de matéria-prima para a rapadura), criação de animais, venda de produtos artesanais e com recursos de algumas pessoas aposentadas ou que trabalham fora de sua área.

A disciplina foi ofertada em dois campus da UFT. Cada turma da disciplina realizou as visitas em momentos diferentes, sendo assim, os alunos estavam divididos em duas turmas:

Turma A: formada por 9 alunos do curso de ciências biológicas do campus de Porto Nacional. Com eles, foram realizadas duas visitas à comunidade quilombola. Na primeira visita, os alunos conheceram e conversaram com os moradores, buscando levantar os principais problemas de saúde enfrentados por esses. Após a primeira visita, foram construídas em sala de aula, oficinas educativas que se realizaram um mês após a na segunda visita.

As atividades abordaram os seguintes temas: diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de mama e colo uterino, e foram realizadas na igreja da comunidade. Ao final da atividade, foi realizado um brechó com roupas e calçados que os alunos arrecadaram, sendo a participação nas atividades requisito para ter acesso ao brechó.

Turma B: formada por 30 alunos dos cursos de nutrição, enfermagem e medicina do campus de Palmas. Essa turma realizou apenas uma visita à comunidade, momento em que foram oferecidas oficinas de educação em saúde abordando os temas: higiene de alimentos, higiene corporal e oral e acidentes com animais peçonhentos, realizadas em salas de aulas da escola local.

Para a elaboração deste relato de experiência, foi utilizada a técnica metodológica de observação direta ativa durante as aulas e a realização de oficinas educativas na comunidade, que ocorreu no período de setembro a dezembro de 2016. Os dados foram coletados e estruturados a partir dos relatos das vivências dos docentes na disciplina, do conteúdo dos diários de campo, e os relatórios produzidos pelos alunos. A PNASPN e as diretrizes nacionais de ensino nos cursos da área de saúde foram utilizados como referenciais teóricos.

Resultados e discussão

O conteúdo analisado foi organizado em quatro dimensões, a saber: o desconhecimento, a escassez de material de estudo, questões étnico-raciais como determinantes de saúde e o interesse para construir práticas na comunidade. A seguir, essas dimensões serão apresentadas.

O desconhecimento

Logo no primeiro encontro, grande parte dos alunos demonstraram desconhecimento quanto às condições de vida e saúde das CRQs no Brasil. Segundo eles, esse foi o principal motivo pelo qual se matricularam na disciplina optativa - a curiosidade em saber mais sobre “a saúde nos quilombos”, assunto pouco abordado durante as disciplinas obrigatórias da graduação. Essa insciência também foi referida em outros aspectos das CRQs, como o cultural, econômico e ambiental. Por se tratar de comunidades com características próprias, os alunos expressaram dúvidas de como abordar essa população, demonstraram a percepção de que as diversidades e as especificidades de cada comunidade, como refletiram sobre como agir em saúde compreendendo a interculturalidade que deve perpassar as práticas em saúde.

Segundo estudo de Freitas et al.¹⁷ realizado com acadêmicos de saúde em comunidades CRQs, estes se sensibilizam, apesar da incompreensão acerca das peculiaridades inerentes aos aspectos de saúde das populações quilombolas. Faz-se necessário formar profissionais de saúde que tenham compreensão ampliada sobre as diferentes culturas, sobre as necessidades em saúde e o impacto da política, da economia sobre a qualidade de vida da população.

A PNASPN foi instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, e apresenta por diretrizes e objetivos ações de atenção, cuidado, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como a garantia da participação popular e do controle social, a produção de conhecimento, e a formação e educação permanente para os trabalhadores da saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.¹⁴

Essa temática demonstra a desafiadora proposta de formação de profissionais de saúde voltados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a qual objetiva a integração de seus princípios e diretrizes ao processo teórico-prático de ensino. O acesso universal à saúde garantido pelo SUS ainda tem dificuldade em dar suporte às necessidades dos diferentes grupos vulneráveis, dada as desigualdades que distanciam as pessoas de seus direitos, agravando o acesso à saúde e as condições de saúde das CRQs. No caso das CRQs, se faz necessário modificar a assistência ao trabalhar na lógica da vigilância em saúde, contando com a participação da comunidade na construção de saúde.

A Resolução CNE/CP 01/2004 e o Parecer CNE 03/2004 instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, colocando o ensino de História e Cultura afro-brasileira e africana, como obrigatório, nos currículos das escolas de ensino fundamental e médio. Também inclui o dia da Consciência Negra (20 de novembro) no calendário escolar. Apesar desse avanço, a discriminação ainda é vivenciada na rotina dos profissionais e alunos do ensino básico.¹⁸⁻²⁰

Dentre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde, a do curso de medicina é a mais recente, sendo a única que inclui a dimensão étnico-racial na formação do profissional, e destaca que projeto pedagógico do curso (PPC) deve abranger os temas que atravessam a “Educação das Relações Étnico-Raciais e História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”.²¹

Escassez de material de estudo

Um grande dificultador encontrado pelos professores e alunos nas atividades de pesquisa foi a escassez de obras científicas sobre a saúde de populações quilombolas. As obras, principalmente livros, encontrados sobre CRQs voltam-se, em sua maioria, para o campo social e antropológico e pouco discorrem sobre as necessidades em saúde específicas da população negra. Durante o transcorrer da disciplina, foram realizadas buscas na literatura científica, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), sobre os principais problemas de saúde enfrentados por CRQs no Brasil, nessa busca foram levantados 32 artigos científicos, uma dissertação e uma tese. Não foram encontrados livros sobre o tema. Assim, a elaboração das aulas e discussões se basearam na própria PNASPN e literatura disponível (Tabela 1), assim como documentários sobre CRQs encontrados disponíveis na Internet.

Apesar do número de 34 estudos utilizados, a abordagem dos temas ainda é pouco profunda, e relacionada a poucas afecções enfrentadas pelas CRQs no Brasil. Do total de artigos, 9 são partes do “Projeto COMQUISTA”, inquérito epidemiológico realizado com 25 CRQs de Vitória da Conquista - Bahia, o que delimita os resultados a realidade local.²² Apenas os temas relacionados a doenças cardiovasculares, parasitoses e acesso à serviços de saúde apresentam mais de três publicações.

Dentre as diretrizes da PNASPN, está o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.¹⁴ Entretanto, a falta de livros, manuais e pesquisas voltadas ao campo saúde demonstra a falta de visibilidade do tema dentro da comunidade científica e acadêmica.

Questões étnico-raciais como determinantes de saúde

No decorrer dos encontros entre acadêmicos e a comunidade, percebeu-se que as questões étnico-raciais são identificadas, porém pouco analisadas sob a perspectiva da desigualdade e deste como um determinante de saúde, inclusive a abordagem acerca do racismo e do racismo institucional. Muito foi discutido e mencionado sobre a influência das condições socioeconômicas, cultural e biológica no processo saúde-doença desses indivíduos, mas a menção sobre o racismo pouco foi apontada ou questionada pelos acadêmicos.

Esse contexto demonstra a negação do racismo como tema para dentro do setor saúde. Segundo Sales Júnior,²³ *“a cordialidade, por meio do não-dito racista, faz com que a discriminação social não seja atribuída à ‘raça’ e, caso isso ocorra, a discriminação seja vista como episódica e marginal, subjetiva e idiossincrática”*.

Segundo Freitas et al.,¹⁷ a dificuldade em agregar a discussão acerca do racismo e da condição de desigualdade em acesso a direitos da população negra, possivelmente, está relacionada ao mito da democracia racial que impera na sociedade. Esse mito nega a discussão e a visibilidade da violência e

Tabela 1. Artigos encontrados na literatura científica que abordam temas relacionados à saúde de comunidades remanescentes de quilombos e utilizados como material de estudo nas aulas da disciplina.

Temáticas abordadas	Número de artigos encontrados	Considerações
Hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade.	7	Os artigos demonstram alta prevalência principalmente da hipertensão arterial nas CRQs. Entretanto, 4 dos artigos pertencem ao mesmo inquérito epidemiológico (Projeto COMQUISTA), todos realizados em comunidades de Vitória da Conquista, BA, os demais são de Alagoas, Piauí e Maranhão.
Parasitoses	6	Apresenta resultados satisfatórios de estudos parasitológicos realizados em CRQs dos estados de Minas Gerais, Bahia, Espírito Santo e Goiás.
Acesso à serviços de saúde	4	Apenas dois estudos, em situações específicas de acesso à serviços de saúde: acesso a serviços de urgência/emergência pediátrica e acesso ao diagnóstico e à assistência para DST/HIV/Aids.
Aspectos nutricionais	3*	Um estudo apresenta a insegurança alimentar e nutricional de comunidades do Pará e o outro estudo a alta prevalência de de risco nutricional para doenças crônicas, principalmente cardiovasculares. E uma tese que evidencia, principalmente, a desnutrição em idosos.
Saúde materno-infantil	2	Um estudo descreve indicadores de saúde materno-infantis de comunidades quilombolas de Minas Gerais e outro realizado no Pará, demonstra taxas de mortalidade infantil maiores do que a do país.
Autopercepção de saúde	2	Dois estudos, um realizado no norte de Minas Gerais e outro em Vitória da Conquista, BA, apresentam resultados opostos à autopercepção de saúde pelo quilombolas.
Depressão e etilismo	2	Ambos os estudos realizados pelo mesmo grupo de pesquisa de Vitória da Conquista, BA. Em um, descreve-se o uso moderado e excessivo de álcool e no outro fatores associados à depressão.
Atividade física e dor nas costas	2	Dois estudo do "Projeto Comquista", um descrevendo a alta prevalência de dores nas costas e a prevalência de atividade física nos domínios: trabalho, doméstico, deslocamento e lazer.
Doença falciforme	2**	Pesquisadores realizam a triagem das hemoglobinas S e C e o estudo do perfil social de quatro comunidades quilombolas do Tocantins. Na dissertação, é avaliado impacto social e psicológico da doença falciforme na vida de portadores e familiares de CRQs de Minas Gerais.
Saúde bucal	1	Avaliou-se o conhecimento sobre saúde bucal dos pais e filhos do Vale do Ribeira, SP.
Saúde e ambiente	1	Faz um listagem das principais plantas medicinais e entrevista com moradores de CRQs de Santa Catarina.
Racismo e violência	1	Através de grupos focais, analisa formas de violência racial e de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/Aids em CRQs em Alagoas
Hepatite C	1	Avalia a prevalência de hepatite C em CRQs do estado do Mato Grosso do Sul.
Total	34	

* tese; ** dissertação.

o racismo reproduzido dentro das instituições de saúde e outras, e que são perpetrados na sociedade, negando direitos.²⁴

Vale esclarecer que o marcador de desigualdade raça/cor e etnia, junto de outros marcadores como classe social e gênero, somado a outros elementos como contexto, político, ambiental e cultural, formam um conjunto complexo de determinantes que nem sempre recebem tratamento adequado ou são reconhecidos nas análises estatísticas dos estudos populacionais.^{9,25,26}

Apesar de ser fundamental o estudo das questões que envolvam a diversidade étnico-racial nas pesquisas epidemiológicas brasileiras,²⁷ também se faz necessário ir além dos resultados, buscando compreender a realidade vivenciada por grupos que não são incluídos nos sistemas de informações de saúde, como as CRQs.

A inclusão dos temas como o racismo e a abordagem da PNASPN faz-se fundamental nos processos de educação permanente e formação dos profissionais de saúde, assim como no exercício do controle social na saúde. Desta forma, mostra-se imprescindível investir no ensino dos atuais e futuros profissionais de saúde, de modo que eles percebam a importância desses aspectos e possibilite o conhecimento epidemiológico das principais afecções que acometem populações específicas, assim como seu processo de saúde-doença.

Conhecendo a realidade de uma comunidade remanescente de quilombo e despertando para o interesse de extensão e pesquisa

Durante a visita à comunidade quilombola os discentes se depararam com uma realidade diferente ao que estavam acostumados. Apontaram a receptividade calorosa dos moradores, mesmo frente a dificuldades e carência identificadas da perspectiva dos alunos.

“A população se mostrava aberta às informações do grupo e estavam contentes em conversar sobre suas vidas e local que habitavam...O mais difícil foi lidar com tantas adversidades, como a pobreza extrema, o analfabetismo e a própria fragilidade da população, em especial dos idosos.” (Aluno-Turma B)

A perplexidade quanto à precariedade das condições de saúde da comunidade reafirma a invisibilidade dessas populações negras e quilombolas no país. Um exercício importante é a busca do fortalecimento dessa comunidade mediante toda a condição precária identificada durante as visitas. Cada contexto traz uma possibilidade de aprender, e este tem um poder de transformação sobre as ideias.²⁸ Diante disso, não podemos compreender a prática apenas como um espaço de constatação de ideias, mas também de construção, idealização de novas hipóteses. Valorizar o conhecimento praticado por diferentes culturas e realidades, associando-o com o que é desenvolvido na universidade, é indispensável para a formação de profissionais de saúde para o SUS.

Os relatórios dos alunos apontaram, unanimemente, acerca da contribuição positiva da atividade realizada na comunidade quilombola para a formação profissional e pessoal. Relataram que os conteúdos abordados em sala, assim como as atividades elaboradas, favoreceram o amadurecimento para o trabalho em equipe, já que os alunos pertenciam a diferentes cursos da área de saúde.

“A intervenção foi de grande valor, pois nos levou mais próximos da realidade do que aprendemos em sala, trazendo ganhos não só acadêmicos, mas pessoais e fundamentais para a nossa formação, nos permitindo viver a prática do ensino.” (Aluno-Turma A)
...foi uma experiência única e enriquecedora, tanto pessoal quanto profissional, pois sei que será um diferencial, pois essa disciplina e essa experiência não faz parte da grade normal dos cursos envolvidos (Aluno-Turma B)

A experiência permitiu aos alunos: trabalhar a visão ampliada de saúde, reconhecer os principais determinantes envolvidos nas condições de saúde; propor possíveis intervenções a serem trabalhadas conjuntamente com a comunidade, representantes sociais e políticos locais.

“...a visita permitiu que o saber interdisciplinar fosse garantido, ao integrar diferentes cursos da saúde, e utilizar conhecimentos de várias disciplinas teóricas para um objetivo em comum.” (Aluno-Turma B)

“Essa vivência teve a capacidade de fazer nós, acadêmicos, visualizar o indivíduo em sua integralidade, que significa compreendê-lo em todo o seu contexto, sócio-histórico, cultural, econômico, entre outros.” (Aluno-Turma A)

Os docentes da disciplina relatam a experiência como exitosa. Dentre os principais resultados positivos, estão: o envolvimento e interesse dos alunos durante a elaboração das oficinas da extensão; a melhor compreensão da realidade vivida pela comunidade depois da visita; os docentes também mencionam que o grupo melhorou sua capacidade de identificação e reflexão sobre os problemas enfrentados pela comunidade, assim como no reconhecimento dos determinantes sociais/causais e elaboração de propostas de ações/estratégias frente a cada problema identificado.

Assim, entendemos que o objetivo da disciplina foi alcançado, ao sensibilizar e problematizar a visão dos acadêmicos acerca dos problemas de saúde vivenciados por uma comunidade remanescente quilombola do estado do Tocantins. De acordo com Santos,¹⁶ a universidade, há décadas, vem trabalhando o conhecimento científico voltado para as reais necessidades da sociedade, destacando a responsabilidade social do profissional de saúde.

“Ser um motivo de distração, novidade, foi muito enriquecedor, ouvir um pouco deles, conhecer a história deles e ter um contato que muitos não terão seja na vida acadêmica ou profissional, é transformador.” (Aluno-Turma B)

Ao final das atividades, os moradores da comunidade mostraram-se gratos e solícitos à realização de outras ações. Destacaram a importância da interação universidade e comunidade, devido à carência de ações e serviços de saúde no local.

Considerações finais

A invisibilidade da população quilombola é pouco abordada nas universidades. A inserção de conteúdos e práticas voltadas à saúde dessas populações, nos cursos técnicos e de graduação em saúde, são imprescindíveis para que a assistência integral seja garantida às CRQs.

Este relato demonstra a importância da inserção de conteúdos e atividades de extensão voltadas à saúde de CRQs, para docentes e discentes da UFT. Dentre as lições aprendidas estão: a importância da integração ensino-comunidade, da abordagem cultural e histórica e da interdisciplinaridade no estudo de populações específicas, como no caso das CRQs.

Como principais desafios estão: a inserção de conteúdos e disciplinas dessa natureza em cursos de graduação em saúde, e o desenvolvimento de pesquisas científicas e livros com enfoque na saúde dessas populações. Como parte desse processo de ampliação de conhecimentos, a disciplina optativa “A saúde nos quilombos” segue sua oferta, já caminhando para a formação de um grupo de pesquisa e extensão, formado por alunos e docentes.

Essa experiência também nos remete aos desafios do SUS e da formação acadêmica de qualidade. Ambos caminham na luta contra as razões que determinam a produção e reprodução das desigualdades sociais na sociedade brasileira, considerando as questões de etnia-raça e classe social como condições a serem compreendidas na assistência em saúde.

O desenvolvimento de estratégias que superem o espaço da sala de aula e que permitam que novos encontros aconteçam, principalmente no âmbito da atenção primária em saúde e nos espaços de vida dessas comunidades, contribuem para que discussões sejam realizadas acerca do racismo velado e seus impactos sobre a saúde e, assim, contribua para uma formação mais humana e comprometida com questões sociais.

Referências

1. Arruti JMA. As comunidades negras rurais e suas terras: a disputa em torno de conceitos e números. *Rev Hist Ufes*. 2002;14:243-69.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Nº 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
3. Brasil. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). [Internet] [acesso 2017 Jun 7]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/quadro-geral-07-07-2017.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 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: Ministério da Saúde; 2017.
5. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Relatório de avaliação do plano plurianual 2008-2011. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial; 2009.
6. Lindoso D. A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. Maceió: EDUFAL; 2011.
7. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Soc*. 2007;16(2):111-24.
8. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):305-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200006>
9. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
10. Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci J (Uberlândia)*. 2013;29(4):1049-57.
11. Cabral-Miranda G, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade Quilombola do semi-árido Baiano. *Rev Patol Trop*. 2010;39(1):48-55. <http://dx.doi.org/10.5216/rpt.v39i1.9498>
12. Souza CL, Barroso SM, Guimaraes MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1653-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.08662013>
13. Velten APC, Moraes AN, Oliveira ERA, Melchioris AC, Secchin CMC, Lima EFA. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde (Vitória)*. 2013;15(1):9-16.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Carneiro MA. Extensão universitária: versão e perversões: estudo tentativo de identificação do débito social das universidades federais do nordeste. Rio de Janeiro: Presença Edições; 1985.
16. Santos MP. Contributos da extensão universitária brasileira à formação acadêmica docente e discente no século XXI: um debate necessário. *Rev Conexão UEPG*. 2010;6(1):10-5.

17. Freitas DA, Rabelo GL, Silveira CS, Souza LR, Lima MC, Pereira MM, et al. Percepção de estudantes da área de saúde sobre comunidades rurais quilombolas no Norte de Minas Gerais-Brasil. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):941-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400023>
18. Monteiro RB. Educação permanente em saúde e as diretrizes curriculares para a Educação das relações étnico-raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. *Saúde Soc*. 2016;25(3):524-34.
19. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CP 003/2004, de 10 de março de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Brasília: Ministério da Educação; 2004.
20. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Brasília: Ministério da Educação; 2004.
21. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 3, de 20 de julho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
22. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1835-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
23. Sales Júnior R. Democracia Racial: o não-dito racista. *Tempo social Rev Sociol USP*. 2006;18(2):229-58.
24. Organización Mundial de la Salud. Salud y Ausencia de Discriminación. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia Ginebra: OMS, 2001.
25. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):630-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
26. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1602-8.
27. Laguardia J. O Uso da Variável "Raça" na Pesquisa em Saúde. *Physis*. 2004;14(2):197-234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000200003>
28. Ribeiro ECO. Educação permanente em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 285-303.

A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico

Family and Community Medicine residency in Brazil: Brief history

La residencia de Medicina de la Familia y Comunidad en Brasil: Un breve histórico

Keith Bullia da Fonseca Simas^a

Andréia Patrícia Gomes^b

Patrícia Passos Simões^c

Daniel Knupp Augusto^d

Rodrigo Siqueira-Batista^e

Resumo

Introdução: A saúde no Brasil se estabeleceu como direito universal a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, o qual foi posteriormente ratificado e normatizado pela edição da Lei no 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conhecida por Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como base os princípios norteadores foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família, em 1994, o qual se tornou Estratégia Saúde da Família, 12 anos após. No momento em que o país começou priorizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo central do sistema de saúde, assim como ocorre nos principais sistemas nacionais de saúde no mundo, percebeu-se a escassez de profissionais médicos formados para atuação nesse nível de atenção. Emergiu, então, a necessidade de ampliar o acesso à residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. **Objetivo:** Apresentar aspectos da constituição histórica dos Programas de Residência em MFC (PRMFC) brasileiros. **Resultados:** Nos primeiros anos do século XX, em diversas unidades federativas, houve considerável aumento de vagas de RMFC – com destaque para o PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro –, abrangendo cidades que antes não contavam com essa formação. Tal contexto pode ser compreendido à luz da significativa articulação construída no âmbito do SUS, para a formação de recursos humanos em saúde. **Conclusão:** A Residência em MFC mantém-se em expansão no país e já pode ser encontrada em algumas das principais cidades do Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Clínicos Gerais; Internato e Residência

^a Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. keithsimas.smsrio@gmail.com (Autor correspondente)

^b Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil. andreiapgomes@gmail.com

^c Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Centro Universitário IBMR. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. patriciasubge@gmail.com

^d Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. knupp.bh@gmail.com

^e Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Núcleo de Estudos em Ciências Médicas (NUMED), Curso de Medicina, Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP). Viçosa, MG, Brasil. Imecs@ufv.br

Fonte de financiamento:

Os autores são gratos ao CNPq, pelo apoio à pesquisa.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 31/01/2018.

Aprovado em: 21/12/2018.

Como citar: Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687)

Abstract

Introduction: Health in Brazil was established as a universal right from the promulgation of the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988. Subsequently, ratified and standardized by the edition of the Law 8080 of 1990, which provides the conditions for the promotion, protection and recovery of health, organization and functioning of the corresponding services, known as the organic law of the unique system of Health (SUS). Based on the guiding principles of SUS, the Family Health Program was launched by the Ministry of Health in 1994, which became the Family Health Strategy twelve years later. As the country began to prioritize Primary Health Care (PHC) as the central axis of the health system, as in the main national health systems in the world, the shortage of medical professionals trained to this level of care. The need to expand access to family and community medicine (MFC) in Brazil emerged. **Objective:** To present aspects of the historical constitution of the Residency Programs in Brazilian CFM (PRMFC). **Results:** In the first years of the 20th century, in several federal units, there was a considerable increase in RMFC vacancies – with emphasis on the PRMFC of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro –, covering cities that did not previously have this training. This context can be understood in the light of the significant articulation built within the SUS, for the formation of human resources in health. **Conclusion:** The MFC Residency continues to expand in the country and can already be found in some of the main Brazilian cities.

Keywords: Primary Health Care; Family Practice; General Practitioners; Internship and Residency

Resumen

Introducción: La salud en Brasil se estableció como derecho universal a partir de la Constitución Federal de 1988, y fue posteriormente, ratificado y normalizado por la edición de la Ley no. 8080 de 1990, que dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y la recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes, conocida como Ley Orgánica del Sistema Único de Salud (SUS). Con base en los principios orientadores del SUS, fue lanzado por el Ministerio de Salud, el Programa de Salud de la Familia, en 1994, el cual se convirtió en Estrategia Salud de la Familia, doce años después. En el momento en que el país comenzó a priorizar la Atención Primaria de Salud (APS) como eje central del sistema de salud, así como ocurre en los principales sistemas nacionales de salud en el mundo, se percibió la escasez de profesionales médicos formados para actuación en ese nivel de salud atención. Se planteó la necesidad de ampliar el acceso a la residencia en Medicina de Familia y Comunidad (MFC) en Brasil. **Objetivo:** Presentar aspectos de la constitución histórica de los Programas de Residencia en MFC (PRMFC) brasileños. **Resultados:** En los primeros años del siglo XX, en diversas unidades federativas, hubo un considerable aumento de vacantes de RMFC – con destaque para el PRMFC de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro –, abarcando ciudades que antes no contaban con esa formación. Tal contexto puede ser comprendido por la significativa articulación construida en el ámbito del SUS, para la formación de recursos humanos en salud. **Conclusión:** La Residencia en MFC se mantiene en expansión en el país y ya puede ser encontrada en algunas de las principales ciudades de Brasil.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Médicos Generales; Internado y Residencia

Introdução

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) em Alma Ata (1978), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu o conceito de ‘saúde para todos’, convocando a totalidade dos países a revisar os respectivos sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população.¹ Um longo caminho foi percorrido até a Carta de Ottawa, em 1986, e a Declaração de Adelaide, em 1988 – elaboradas por ocasião da primeira e da segunda Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde –, as quais apresentam uma construção coletiva sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo.¹

No Brasil, a saúde demorou a se configurar como um direito universal, o que ocorreu com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a qual passou a considerar a saúde como “*um direito de todos e um dever do Estado*”. Na Carta Magna, adota-se, também, o princípio da *igualdade*, de acordo com o qual “*todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza*” (art. 5º). Também estabelece, em seu artigo 3º, que constituem objetivos fundamentais do estado, “*erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais*”, bem como “*promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação*”.² Dois anos depois, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei 8.080/1990) entra em vigor para disciplinar o mandamento constitucional.³

Importante ressaltar que a igualdade é um princípio essencial ao pleno exercício da cidadania, ao se reconhecer que todos os cidadãos são detentores dos mesmos direitos. Essa perspectiva deve ser complexificada, no bojo dos debates acerca da justiça, em termos da *equidade*, conceito atrelado à ideia de justiça social e que permite reconhecer que os indivíduos são diferentes entre si, necessitando – por exemplo – de cuidado diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes.

Ao revés, desigualdade e a iniquidade devem ser compreendidas na perspectiva da injustiça, domínio no qual há desrespeito aos direitos fundamentais e a dignidade da pessoa. Assim, reduzir desigualdades – frente à impossibilidade de eliminá-las – deve ser o objetivo central de toda política pública, que deverá transformar a igualdade formal da lei em igualdade material de fato.⁴

Em conformidade com os princípios norteadores do SUS, especialmente a equidade, o Brasil lança, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, haviam sido implantados programas similares em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ), em 1991, e Itacarambi (MG), em 1993.⁵

O PSF tinha por objetivo a reorientação do modelo de atenção à saúde vigente, com ampliação do acesso às demandas de saúde, integralidade das ações de saúde e longitudinalidade da atenção, organizando o sistema e as redes de cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS),⁶ e fazendo com que a saúde fosse reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.⁷ Do mesmo modo, a APS diz respeito ao comprometimento dos governos em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de altas qualidade e resolutividade.⁸

As propostas de reformulação da APS no Brasil – por parte do Governo Federal, dos estados e dos municípios – previa a instalação de 40 mil equipes de Saúde da Família. Estas equipes deveriam estar formadas por diversos profissionais: médico(a), enfermeiro(a), técnicos(as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), os quais desenvolveriam o trabalho de forma multi e interdisciplinar a fim de prover cuidados aos indivíduos e à comunidade de uma área adscrita, o território. Nesse contexto, o profissional médico passa a ser considerado um recurso crítico, uma vez que sua formação pode impactar fortemente no desejo de vincular-se a tal tarefa – o trabalho na APS –, assim como ser inadequada ou insuficiente para que possa exercê-la com sucesso e efetividade.^{9,10}

Os debates sobre a educação do profissional da medicina com aptidão para atuar na APS/ Estratégia Saúde da Família (ESF) se dirigem para a necessidade da formação de um médico geral ou generalista – *General Practitioner* (GP) –, cuja origem pode ser recuperada a partir da realidade inglesa. De fato, após a Segunda Guerra Mundial, tal trabalhador tornou-se a pedra angular do *National Health Service* (NHS), o sistema nacional de saúde da Inglaterra, surgido em 1948. Os GP começaram a trabalhar junto às autoridades distritais e aos órgãos de controle dos serviços de APS,¹¹ em um contexto no qual o NHS provia cobertura universal, baseada nos princípios de equidade e de integralidade. Os médicos da APS recebiam por capitação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não emergencial. Os pacientes podiam estar ligados a apenas um GP.¹² O termo *general practitioner* de hoje é o que fez residência médica, que corresponderia, no Brasil, à Medicina de Família e Comunidade (MFC).¹³

A figura do médico de família talvez simbolize ainda hoje uma imagem idealizada da medicina. Esse tipo de prática se configurou com formas e importância distintas em diversos países.¹¹ No início dos anos

50 do século XX, suas características básicas estavam relacionadas à ideia de que se deveriam alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, provendo cuidados contínuos, incluindo a prevenção das doenças, fossem elas de natureza mental ou física.¹⁰ Em 1966, quatro relatórios lançaram as bases para a criação da nova especialidade.¹⁰

A MFC prima pela integralidade, com foco na APS, o que a torna um componente primordial desse nível de atenção do SUS.¹⁴⁻¹⁶ Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde.^{14,15,17} Cabe à MFC – uma vez que atua nos cuidados primários, em geral, o primeiro acesso ao sistema de saúde –, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário.

Os princípios e as práticas da MFC são centrados na pessoa, na relação entre médico e indivíduo, e na relação deste sujeito, mais ou menos sadio, com sua família e com a comunidade.¹⁸ O canadense McWhinney, considerado um dos maiores estudiosos da MFC, definiu quatro competências próprias dessa especialidade: (1) solução de problemas não diferenciados; (2) competências preventivas; (3) competências terapêuticas (de problemas frequentes de saúde); (4) competência de gestão de recursos.¹⁶

Com base nessas considerações, o objetivo do presente artigo é apresentar um breve histórico sobre os programas de residência em MFC, enfocando – especialmente – o Programa de Residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), uma vez que esta é, atualmente, a cidade brasileira com o maior número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.¹⁹

Residência de MFC no Brasil: as origens

As origens da Medicina de Família e Comunidade no Brasil podem ser divididas, segundo Falk,²⁰ em cinco fases:

1. 1974-1980 – nesta primeira etapa, a especialidade – e a residência médica – não tinham ainda nome definido e nenhum respaldo normativo ou legal. Existiam poucos Programas de Residência Médica (PRM) no país, incluindo os três pioneiros, iniciados em 1976: (i) Programa de Residência em Multiprofissional em Saúde Comunitária (hoje: Residência Integrada em Saúde), Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre - RS); (ii) Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária. Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão, próximo a Recife - PE), extinto em 1986; e (iii) Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro - RJ).
2. 1981 a 1985 – essa fase inicia com a Resolução 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981, que formaliza os PRM em Medicina Geral Comunitária (MGC), oficializando esta área como uma especialidade no Brasil, com esta denominação.
3. 1986 a 1994 – durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, é reativada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), sendo eleita nova Diretoria, com médicos gerais comunitários, passando a sede para Porto Alegre, RS.
4. 1995 a 2000 – nesta etapa, a partir do advento do Programa Saúde da Família (PSF) e de outras iniciativas, as áreas voltadas à APS se expandem muito, em uma velocidade bem maior que a

capacidade de formação de pessoal. Em outubro de 2000, com o apoio de entidades de Portugal, ocorre o “Primeiro Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária” no Rio de Janeiro, RJ. Na assembleia final foi aprovada a proposta de reaglutinação da categoria, através do fortalecimento da SBMGC. Também ficou decidido que deveria ser intensificado o debate já iniciado sobre a conveniência da mudança de nome da especialidade.

5. 2001 a 2004 – essa fase se inicia com a terceira reativação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em março de 2001, destacando-se que nova diretoria é eleita, com membros do RS, RJ e PR e sede em Porto Alegre.

A SBMFC foi fundada em dezembro de 1981, com Estatuto registrado em Cartório na cidade de Petrópolis, RJ, sob o antigo nome de MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Tornou-se representante da especialidade médica junto ao Conselho Federal de Medicina (Diário Oficial de 23 de outubro de 1986) e, mais recentemente, em novembro de 2003, junto à Associação Médica Brasileira – AMB.¹⁶

Atualmente, pode-se identificar uma *sexta fase* [acrescida, pelos autores do presente artigo, à original descrição de Falk]²⁰ – 2004 até os dias atuais. Nesta fase, pode-se destacar, em 2005, a Portaria 1.143 do Ministério da Saúde, que vem apoiar programas de residência médica em MFC, por meio de bolsas para a Educação pelo Trabalho;²¹ o I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, o qual possibilitou um espaço de discussão e de compartilhamento de narrativas entre as Instituições de Ensino Superior com interesse e práticas na atividade.¹⁸

Destacam-se também iniciativas para a formação de especialistas: curso de especialização em Medicina de Família da própria Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA), criado em 2003;²² a Oficina de Formação de Preceptores em MFC, da SBMFC, iniciada em 2005²³ e que já formou mais de mil preceptores ao longo dos últimos anos, os cursos de especialização em MFC de diversas instituições, como a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Instituto Brasileiro de Saúde da Família, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Universidade de Brasília, Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal do Paraná e Universidade Federal de Pernambuco, dentre outras, que ministram cursos de especialização em todas as regiões do país.⁶

Ainda nessa sexta fase, em 2007, ressalta-se o 6º Concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em junho de 2007, com prova policêntrica aplicada, simultaneamente, em dez cidades do país, e o 7º Concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em dezembro de 2007, com prova policêntrica aplicada, simultaneamente, em 32 cidades do país. Um marco de destaque foi em 2008, o 9º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em Fortaleza, Ceará, e a prova do 8º Concurso (agora denominado “Exame de Suficiência”) para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.²⁴

A consolidação da SBMFC foi essencial nesse processo. De fato, a Sociedade é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em unidades e outros serviços de APS – incluindo aqueles da ESF –, prestando atendimento médico geral, integral e de qualidade aos indivíduos, às famílias e às comunidades.²⁵ Incluem também professores, preceptores, pesquisadores e outros profissionais que atuam ou estão interessados nesta área. A SBMFC trabalha pelo fortalecimento do movimento dos profissionais que atuam na APS.²²

A SBMFC é filiada às principais sociedades e organizações da especialidade em nível mundial, a saber: (a) Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF); (b) Organização Mundial dos Médicos Gerais, de Família e Comunidade (WONCA); (c) Associação Saúde em Português (sede em Portugal); (d) “*Action in International Medicine*”, com sede na Inglaterra.¹⁶

Programas de residência de MFC credenciados no Brasil

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa de Residência Médica confere, ao médico residente, o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.²⁶

Baseada em princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizadas pela Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA – a especialidade Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos:¹⁶

“

- i. atuar, prioritariamente, no âmbito da APS, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-adoecimento;
- ii. desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo;
- iii. priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- iv. coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- v. atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária;
- vi. desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico;
- vii. estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- viii. desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde;
- ix. desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de auto aprendizagem;
- x. desenvolver a capacidade de atuação médica, relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais.”¹⁶

A Lei 12.871, de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), veio para ampliar a formação de especialistas em MFC, adequar essa mão de obra às necessidades da população e promover a universalização do acesso à residência médica. A Lei determina que, até o final de 2018, haja o mesmo número de vagas de residência de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação do ano anterior.²⁷ A aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em 2014,²⁸ assim como a ampliação de vagas de graduação e de residência compõem, igualmente, esse novo cenário instituído pela referida lei.

Podem-se enumerar algumas vantagens que torna a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) atrativa aos profissionais médicos: o residente que ingressou, a partir de 2015, na RMFC, e concluiu os dois anos do programa passou a ter direito a pontuação adicional de 10% nos processos seletivos de residência para outras especialidades, a partir de março de 2016;²⁹ o residente que ingressar na RMFC e se inscrever em um curso de formação de preceptores, parte do Plano Nacional de Formação de Preceptores, com duração de dois anos receberá, enquanto permanecer no curso, uma bolsa mensal. Muitos PRMFC têm formatos nos quais os proponentes do programa complementam a bolsa, garantindo uma remuneração que, no total, chega ao dobro ou mesmo ao triplo do valor da bolsa de residência no Brasil. Ademais, houve um importante aumento de vagas de RMFC, com vários programas em novas cidades que antes não contavam com essa formação. Assim, torna-se possível realizar a residência mais próxima do seu local de atuação.³⁰

A Tabela 1 apresenta os estados/municípios que possuem o PRMFC credenciados, no Brasil. Serão comentados, brevemente, programas vinculados a secretarias de saúde do país, na perspectiva de que os mesmos exprimem uma significativa articulação com o SUS para a formação de recursos humanos em saúde, com destaque para o PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o qual – atualmente – conta com o maior número de vagas e se insere em uma inovadora modalidade de se pensar/agir em termos de APS/ESF no Brasil: as Clínicas de Família.³¹

O Gráfico 1 e a Tabela 2 demonstram a evolução histórica dos PRMFC credenciados, no Brasil, entre os anos de 2002 a 2016. É possível perceber que o total de vagas por ano apresenta uma elevação ao longo do tempo, passando de 193 vagas em 2002 para 2.785 no ano de 2016. Destacam-se, nesses anos, a associação entre períodos de maior crescimento de vagas com políticas de incentivo à formação de MFC, como no intervalo de 2005 para 2006, por influência do PET-Saúde, no intervalo de 2011 para 2012, por influência do Pró-Residência, e a partir de 2014, por influência do PMMB. Merece ainda destaque, em particular, o aumento de vagas ocorrido de 2015 para 2016, que foi fruto de uma intensa atividade de estímulo à ampliação de vagas e credenciamento de novos programas, realizada por meio de uma colaboração do Ministério da Educação com a SBMFC e suas associações estaduais.

PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba

A cidade de Curitiba começou a organizar a APS já na década de 1980. Pela implantação de unidades de saúde, um médico generalista figurava ao lado de outros profissionais, atendendo a uma população específica.³²

Tabela 1. Distribuição dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade credenciados no Brasil, segundo Estados e Municípios.

Unidades/Estados	Municípios
Acre	Rio Branco
Alagoas	Maceió
Amazonas	Coari, Manaus
Bahia	Feira de Santana, Itabuna, Luis Eduardo Magalhães, Mucuri, Porto Seguro, Salvador, Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista
Ceará	Barbalha, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Sobral
Distrito Federal	Brasília
Espírito Santo	Colatina, Vitória, Vila Velha
Goiás	Anápolis, Goiânia
Maranhão	Caxias, São Luis
Minas Gerais	Alfenas, Araguari, Belo Horizonte, Betim, Bom Despacho, Brumadinho, Capelinha, Caratinga, Contagem, Divinópolis, Governador Valadares, Itajubá, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Montes Claros, Muriaé, Ouro Preto, Paracatu, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, São João Del Rei, Sete Lagoas, Uberaba, Uberlândia, Vespasiano, Viçosa
Mato Grosso do Sul	Campo Grande, Dourados
Mato Grosso	Cuiabá, Várzea Grande, Sinop, Lucas do Rio Verde
Pará	Belém, Santarém
Paraíba	Campina Grande, Cajazeiras, João Pessoa, Patos
Pernambuco	Recife, Petrolina, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes
Paraná	Apucarana, Campo Largo, Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Guarapuava, Londrina, Maringá, Pato Branco, Ponta Grossa, São José dos Pinhais, Sarandi, Umuarama
Rio de Janeiro	Angra dos Reis, Barra Mansa, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Macaé, Niterói, Petrópolis, Rio de Janeiro, Teresópolis, Três Rios, Valença, Vassouras, Volta Redonda
Rio Grande do Norte	Natal, Mossoró, Santa Cruz
Rondônia	Porto Velho, Vilhena
Roraima	Boa Vista
Rio Grande do Sul	Alegrete, Caxias do Sul, Lajeado, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, São Leopoldo, São Lourenço do Sul
Santa Catarina	Blumenau, Florianópolis, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Tubarão
Sergipe	Aracaju
São Paulo	Araraquara, Araras, Botucatu, Campinas, Catanduva, Fernandópolis, Franca, Guarulhos, Indaiatuba, Ipuã, Jacareí, Jundiaí, Limeira, Marília, Mauá, Mogi das Cruzes, Olímpia, Piracicaba, Praia Grande, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, São Bernardo do Campo, São Carlos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, Sorocaba, Taubaté, Valinhos, Votuporanga
Tocantis	Araguaína, Gurupi, Palmas, Porto Nacional

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica. Brasil, 2016.

A despeito de Curitiba ter uma história de mais de 30 anos do médico generalista na APS e de contar com uma residência em MFC nas suas unidades de saúde (a da PUC-PR), percebeu-se a necessidade de ampliar o número de vagas e de responsabilizar diretamente a gestão municipal por essa tarefa. Com efeito, em janeiro de 2013, foi criada a Comissão de Residência Médica (COREME) da SMS de Curitiba e, em abril, os 12 primeiros residentes de MFC iniciaram as atividades. Uma das características desse PRM tem sido a de oferecer essa possibilidade para os médicos concursados da rede.

Desde essa implementação, já se percebe – como efeito imediato – uma melhoria na qualidade dos serviços nas unidades de saúde que contam com a residência.³²

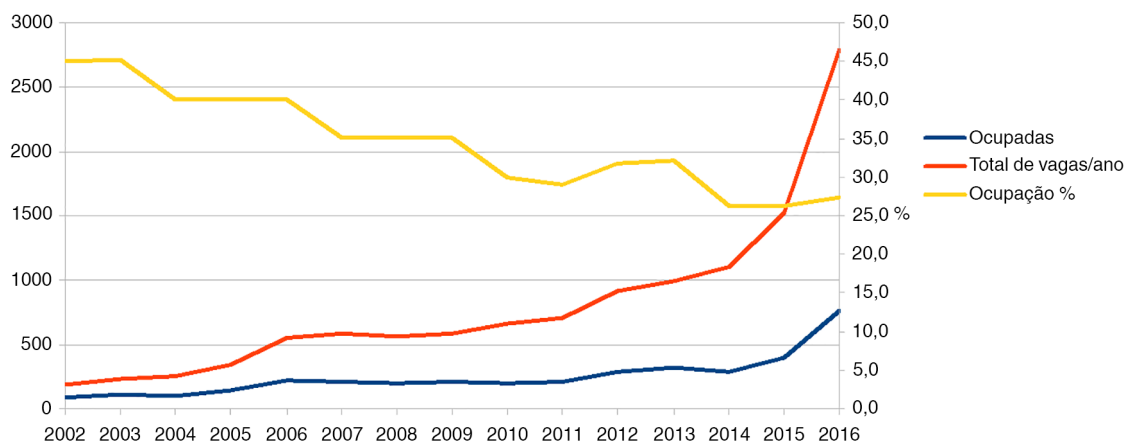


Gráfico 1. Evolução histórica dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade credenciados no Brasil – 2002 a 2016. Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica. Brasil, 2016.

Tabela 2. Evolução histórica dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade credenciados no Brasil – 2002 a 2016.

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ocupadas	87	105	100	138	219	205	196	205
Total de vagas/ano	193	232	249	345	547	585	558	584
Ocupação %	45,1	45,3	40,2	40	40	35	35,1	35,1
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ocupadas	198	206	290	320	290	400	763	3.722
Total de vagas/ano	660	711	911	997	1100	1520	2785	11.977
Ocupação %	30	29	31,8	32,1	26,4	26,3	27,4	-

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica. Brasil, 2016.

PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

A cidade de Florianópolis – historicamente – tem se destacado pelo investimento na APS, estando sempre entre as capitais com maior cobertura em Saúde da Família (SF) do Brasil. Além disso, o município vem investindo na qualificação das equipes já existentes através de um processo de educação continuada para seus servidores e do fomento à formação profissional, com a integração ensino-serviço em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, na graduação.³³

Outra iniciativa que merece destaque foi a criação de uma residência própria, em MFC, com 16 vagas anuais. Como fator preponderante para a manutenção da qualidade das equipes de Saúde da Família, o município há 10 anos decidiu pagar diferenciadamente quem é especialista em MFC e tem realizado rotineiramente concursos públicos com este pré-requisito para preencher as vagas que surgem na rede de APS. Trata-se, portanto, de uma forma de atestar que a atuação, efetiva, na formação desses profissionais, é uma necessidade, uma decisão estratégica para qualquer município de médio e grande porte que queira contar com uma APS qualificada. Desse modo, Florianópolis tem uma característica diferenciada da maioria dos municípios do país, pois conta com grande parte das suas equipes compostas

por médicos especialistas em MFC. Sendo assim, ela não sofre o mesmo problema que outros municípios enfrentam em encontrar preceptores para a implementação do programa. O maior desafio foi obter espaço nas unidades para a atuação dos médicos residentes.³³

PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

O PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza teve início em março de 2006. O Programa objetiva, principalmente, a formação de médicos com as competências necessárias para atuar na especialidade de Medicina de Família e Comunidade na rede municipal de saúde de Fortaleza, compondo as equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, aumentando a resolubilidade dos serviços de APS, possibilitando, ao mesmo tempo, a criação de espaços de práticas concretos e qualificados de formação de pessoal.³⁴

O programa foi criado com uma proposta de duração de dois anos, prevendo atividades teóricas e práticas realizadas em serviço (unidades básicas de saúde) e na comunidade (visita domiciliar). As atividades de treinamento ocorrem em um contexto complexo e multidisciplinar de interações, envolvendo educadores, residentes, profissionais de áreas diversas do conhecimento (enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde), usuários, comunidade e instituições.³⁴

Todas as atividades práticas são supervisionadas diretamente por preceptores, os quais são médicos especialistas – pediatras, ginecologistas, clínicos gerais, psiquiatras e médicos de família e comunidade – da rede de atenção à saúde da SMS. As aulas teóricas são ministradas por professores das universidades parceiras. A concepção de formar profissionais com uma visão de vigilância à saúde e que prestem uma atenção integral à população, com um olhar no indivíduo e em seu contexto social, já se encontra contemplada nos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde, porém precisa ser efetivada em ações como as propostas pelo programa do curso de RMFC.³⁴

PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro contava, em 2010, com três tradicionais programas de residência médica em MFC: UERJ (10 vagas anuais), UFRJ (quatro vagas anuais) e ENSP (duas vagas anuais), com grande qualidade na formação. O programa da UERJ é um dos mais antigos do país, se não o mais antigo.³⁵

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da SMS Rio de Janeiro investiu em parcerias com cursos de graduação e aumentou o número de vagas para residência em MFC. Foi então criado um programa da Secretaria Municipal de Saúde para dar efetividade ao planejamento,^{19,36} ampliar a qualificação do médico que trabalha nas equipes de saúde da família cariocas e ampliar a oferta desse especialista para atuar na APS do município.³⁴ A Tabela 3 apresenta uma série histórica da oferta de vagas pelo programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-RJ, instituído a partir de 2012.

Ao longo de dois anos, o PRMFC-RJ permitiu a formação e qualificação de profissionais, muitos dos quais se mantêm vinculados à realidade carioca, contribuindo para a qualificação e para a expansão da APS no município do RJ. Tal fato pode ser comprovado com a incorporação, à APS, de 27 médicos provenientes da primeira turma do Programa de Residência de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro, seis deles como preceptores.³⁶

Tabela 3. Série histórica de oferta de vagas e lotação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da SMS-RIO.

	Ano	Nº de vagas	
		Ofertadas em Edital	para a Seleção
PRMFC SMS-RIO	2012 (*)	60	155
	2013	60	157
	2014	100	163
	2015	100	412
	2016	150	426

(*) Ano de credenciamento do PRMFC da SMS-RIO junto a CNRM. Fonte: Parecer CNRM Nº 100/2011, Parecer CNRM Nº 1469/2014, Parecer CNRM Nº 169/2016 e Relatórios da Gerência de Desenvolvimento Técnico Acadêmico da SMS-RIO.

Diante do crescimento do programa – e atendendo de forma reativa à demanda de formação de especialistas na área –, as universidades e os serviços ligados às secretarias de saúde já conseguiram credenciar, junto à Comissão Nacional de Residência Médica, quinhentas bolsas de especialização nesta modalidade, incluindo o primeiro e o segundo ano de residência.¹⁰

Conclusão

O presente artigo buscou expor uma apreciação sucinta dos Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade no Brasil, no atual contexto das políticas públicas de saúde do país, com ênfase na APS, em especial à medicina de família e comunidade, tendo como protagonista a Estratégia Saúde da Família. Este modelo de APS adotado no Brasil, em franca expansão no município do Rio de Janeiro, exige uma ampliação no número de profissionais com formação em MFC, oportunizada pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

A Residência em Medicina de Família e Comunidade mantém-se em processo de expansão no país e já pode ser encontrada em algumas das principais capitais do Brasil. Pode-se perceber que o Programa ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro já apresenta uma sólida configuração, buscando ampliar a oferta de vagas em prol da garantia de equidade e integralidade do cuidado. Assim, este artigo contribui para a divulgação deste campo de atuação e da sua magnitude no país, refletindo em melhora do acesso à saúde de forma integral e equânime, em conformidade com os princípios do SUS. Também se espera que esforços no sentido de problematizar a formação de recursos na área de MFC sejam aprofundados, resultando em melhorias de acesso à saúde de qualidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Acesso 2016 Abr 22]. Disponível em https://www.imprensaoficial.com.br/downloads/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf
3. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Acesso 2016 Jun 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
4. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, IPEA; 2001.

5. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, orgs. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Janudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bioét.* 2007;15(1):27-36.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde; 1997. 36 p.
8. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. New York: Oxford University Press; 1992.
9. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):475-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300017>
10. Campos CEA. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev APS.* 2005;8(2):181-90.
11. Conil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24 Suppl 1:S7-S16.
12. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc.* 2007;16(1):7-17.
13. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmos RD. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1)93-9.
14. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Rev APS.* 2005;8(1):61-7.
15. Rodrigues RD, Aguilera CE, Anderson MIP. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005.
16. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2004 [acesso 2016 Jul 29]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf
17. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero americana. Santiago de Cali, Colômbia: Wonca; 2000.
18. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2007;3(11):157-72. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)334](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3(11)334)
19. Soranz DR. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;30(9):67-71 [Acesso 2016 Mar 2]. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/882>
20. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2004;1(1):5-10 [Acesso 2015 Maio 21]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.143/, de 7 de julho de 2005. Apoiar programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso 2016 Jul 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1143_07_07_2005.html
22. González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, de Benedetto MAC, Levites M, Janaudis MA. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992. *Med Educ.* 2008;42(1):115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02929.x>
23. Fernandes CLC, Lopes JMC, Curra LCD, Mattos LFC. Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia para qualificar a formação em MFC e a assistência em APS. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2007;3(11):173-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)335](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3(11)335)
24. SBMFC. Histórico da Medicina de Família e Comunidade [Acesso 2016 Jul 31]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=3
25. SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Acesso 2016 Jul 27]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/>
26. Brasil. Decreto Nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977. Brasília: Presidência da República; 1977 [Acesso 2016 Jul 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm
27. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Programa Mais Médicos [Acesso 2016 Jul 13]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

28. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
29. Prefeitura do Rio de Janeiro. Medicina de Família dará bônus de 10% para ingresso em outras áreas Rio de Janeiro: Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro; 2015 [Acesso 2016 Jul 27]. Disponível em: <http://www.rmfcrio.org/2015/03/medicina-de-familia-dara-bonus-de-10.html>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Editais de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [Acesso 2016 Mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>
31. Simas KBF, Simões PP, Gomes AP, Costa AAZ, Pereira CG, Siqueira-Batista R. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1481-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00332015>
32. Poli Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):192-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)904)
33. Lermen Júnior N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):300-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)992](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)992)
34. Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):211-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200008>
35. Prado Júnior JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1105](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1105)
36. Andrade ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1471-80.

Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN

Harvest Time: experience inside the Mais Médicos program in the Lagoa de Pedras' rural zone

Tiempo de Cosecha: experiencia en el programa Mais Médicos en la zona rural de Lagoa de Pedras/RN

José Medeiros do Nascimento Filho
Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil.
medeiros_ufrn2@yahoo.com.br
(Autor correspondente);
nadjasadantas@gmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever as ações desenvolvidas pelo profissional médico durante sua atuação na zona rural de Lagoa de Pedras no período de setembro de 2013 a outubro de 2015. **Métodos:** Fez-se uso de diários de campo, a análise por categorias da experiência e a Educação Popular em Saúde. **Resultados:** Foram desenvolvidas as seguintes ações - cursos de atualização dos profissionais de saúde, fortalecimento do Controle Social, grupos terapêuticos em saúde mental e saúde do homem e um trabalho específico em hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Conclusão:** Por meio da articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais da saúde e a população, instituiu-se uma nova rotina de vivenciar o processo saúde-doença-cuidado para todos que compõem a saúde local.

Palavras-chave: População Rural; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus

Abstract

Objective: To describe the actions developed by the physician during his actuation in the rural area from Lagoa de Pedras/RN from September 2013 to October 2015. **Methods:** Field diaries were used, the analysis by categories of experience and the Popular Health Education. **Results:** The following actions were developed - refresher courses for health professionals, Social Control fortification, therapeutic groups in mental health and men's health and a specific activity with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. **Conclusion:** Through the articulation between the Municipal Health Office, the health workers and the population, a new routine of experiencing the health-disease-care process is set up for all who make up the local health.

Keywords: Rural Population; Primary Health Care; Health Education; Hypertension; Diabetes Mellitus

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
21904 (UFRGS), aprovado em 13/03/2012.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 03/10/2017.
Aprovado em: 28/04/2018.

Como citar: Nascimento Filho JM, Rocha NSPD. Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1595](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1595)

Resumen

Objetivo: Describir las acciones desarrolladas por el médico durante su actuación em el zona rural de Lagoa de Pedras/RN durante septiembre de 2013 a octubre de 2015. **Métodos:** Se utilizo el diario de campo, el análisis por categorías de experiencia y la Educación Popular en Salud. **Resultados:** Se desarrollaron las siguientes acciones – cursos de actualización de los trabajadores de la salud, fortalecimiento del Control Social, grupos terapéuticos em salud mental, salud masculina y un trabajo específico em hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. **Conclusión:** A través de la articulación entre la Secretaria Municipal de Salud, los trabajadores de la salud y la población, se creó una nueva rutina de vivenciar el proceso de salud-enfermedad-cuidado para todos que componen la salud local.

Palabras clave: Población Rural; Atención Primaria de Salud; Educación em Salud; Hipertensión; Diabetes Mellitus

Introdução

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) foi instituído por meio da Lei federal 12.871 e tem dentro dos seus alvos interiorizar o médico, garantindo a melhoria do acesso da população a esse profissional, conforme diz o texto: “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”.¹ Dessa forma, uma das suas repercussões foi a interiorização de médicos para regiões necessitadas do país, como o agreste do estado do Rio Grande do Norte.

Lagoa de Pedras/RN é um município localizado nessa região brasileira, com população aproximada de 6.989 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística² – sendo 32% urbana e 68% rural. Localizado na Primeira Unidade Regional de Saúde do Rio Grande do Norte (I URSAP), neste município foram implantadas 3 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 2 na zona rural e 1 na zona urbana.

A I URSAP comporta os municípios da região Agreste Potiguar, com sede em São José do Mipibu/RN - a aproximadamente 30 minutos de Lagoa de Pedras. Caracteriza-se fortemente pela presença da agricultura familiar e cobertura próxima a 100% pela ESF. Na equipe rural “*Lagoa da Palha*” em Lagoa de Pedras funciona o PMM, onde em seu território estão vinculadas 7 comunidades rurais (com atendimento médico uma vez na semana cada uma).³

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de incorporação de um médico do PMM no contexto rural da ESF na Unidade Básica de Saúde Lagoa da Palha - UBSLP através de vivência no projeto de melhoria ao atendimento dos hipertensos e diabéticos nas localidades atendidas. Melhoria esta no que tange ao quantitativo dos atendimentos (promovendo acesso e universalidade) e na qualidade dos serviços (incrementando a integralidade do cuidado). Com isso, pretende-se refletir sobre as mudanças no processo de trabalho a partir do advento do Programa ao município, no conjunto das intervenções realizadas.

Métodos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904. Trata-se de estudo qualitativo do tipo relato de experiência. Dentro da abordagem metodológica, foi feito uso de revisão bibliográfica e diários de campo do profissional médico. Estes incluíram o curso de capacitação com a equipe de saúde da UBSLP, o espaço de grupoterapia sobre saúde mental (nomeado “Cuca Legal”), o projeto de saúde do homem (“Homens Fortes”), os momentos de Controle Social/participação na gestão (como no Comitê de Mortalidade Materna e Geral

de Lagoa de Pedras) e o projeto com hipertensos e diabéticos. As categorias adotadas na construção do relato de experiência compreenderam: o acesso/acolhimento, a saúde mental, a saúde do homem, a gestão em saúde/control social e a hipertensão e o diabetes como *locus* da prevenção na Atenção Primária à Saúde.

Nessa ação, foram adotadas as contribuições teóricas da educação popular, na perspectiva dos temas geradores, no eixo das ações,⁴ numa perspectiva de autonomia dos sujeitos, defendida por Paulo Freire, bem como a metodologia sustentada por Rosas e Melo-Neto⁵ como espaço da práxis e do “*empoderamento*”.

Na revisão bibliográfica, foi realizada pesquisa nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acerca da existência de relatos semelhantes de trabalhos no âmbito da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) – grupos terapêuticos, educação em saúde e rodas de discussão. Fez-se uso ainda de documentos do acervo da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa de Pedras.

Resultados

I – Primeiras Transformações: Contexto e perfil; Acesso/Acolhimento; Saúde Mental; Saúde do Homem; Hipertensos e Diabéticos

Contexto de saúde e perfil do município

A população local é composta majoritariamente de agricultores – um montante de 1494 pessoas estão ocupadas com atividades agrícolas conforme o último censo agropecuário.⁶ Considerando o total de habitantes maiores de 10 anos (5685), apenas 1734 pessoas frequentavam a escola, o que representa menos de 30% da população total e menos de 50% da faixa etária especificada. O total de habitantes com mais de 10 anos com no máximo o ensino fundamental incompleto atinge a marca de 4386 pessoas (77,2%). Trata-se, então, de um município ruralizado e com baixo nível de escolaridade.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), ocorreu um aumento de 0,366 nos anos 2000 para 0,553 em 2010. A despeito disso, o município permanece abaixo de outras localidades do Rio Grande do Norte, como Natal (0,763), Mossoró (0,722), Santo Antônio (0,620) e São José do Mipibu (0,611) - estes dois últimos considerados as capitais da região Agreste Potiguar.⁷

A partir desses dados é possível inferir a realidade socioeconômica de Lagoa de Pedras, fatores esses amplificados quando se pensa na realidade rural com suas vicissitudes inerentes.

A Lagoa da Palha é uma das diversas comunidades rurais de Lagoa de Pedras, localizada a 20 minutos da sede. O acesso se dá por estrada de pavimentação barrosa. A UBSLP abrange sete comunidades rurais que se distanciam em até uma hora de deslocamento. Em Lagoa da Palha, Lagoa do Cipó e Alto do Juá o médico trabalha um dia da semana. A população do Murici é atendida na Lagoa da Palha.

Mó, Lagoa do Peixe e Gameleira, as comunidades mais distantes entre si, são atendidas em um único dia, com bastante esforço para a equipe da ESF que lança mão das escolas públicas para abarcar o atendimento nesses espaços.⁸ A unidade da Lagoa da Palha é equipada com consultório médico, de enfermagem e odontológico, recepção, arquivo, banheiros para os usuários e para os profissionais. Não há sala de vacina, expurgo, sala de procedimentos/curativos, sala de reuniões, nem outros setores.

Conforme identificado pelos diários de campo produzidos pelo profissional médico, a população das sete microáreas era habituada a um modelo de atendimento fora da lógica da saúde da família. Além de pontuais, as ações realizadas previamente destacavam-se pela falta dos elementos de promoção à saúde e prevenção de doenças.⁹

Assim, os médicos ainda não trabalhavam na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos princípios do Sistema Único de Saúde¹⁰ – não realizavam pré-natais, faziam poucas visitas domiciliares e só atuavam poucos dias na semana. Faltava ter na Lagoa da Palha uma APS que funcionasse como porta de entrada, coordenasse o cuidado aos usuários, oferecesse um serviço integral e tivesse na longitudinalidade uma marca das ações de saúde do médico capaz de gerar uma melhoria na qualidade da assistência.¹¹

Acesso e acolhimento

Tentando melhorar o acesso e o acolhimento, foi realizado um treinamento de classificação de risco com os técnicos de enfermagem do município, com identificação de sinais vitais e sinais clínicos de alerta que apontassem para situações de urgência/emergência que demandassem priorização no atendimento.

A despeito dessa iniciativa, questões de cunho político muitas vezes surgiram interferindo no critério técnico para priorização dos atendimentos e organização da espera. O longo tempo para ser atendido significou angústia para boa parte dos usuários - o que vai de encontro às recomendações do Ministério da Saúde e das boas práticas na Atenção Primária a Saúde.¹²

Construindo o modelo de atenção: a gestão da clínica

Sobre as ações programáticas, após a instituição das reuniões de equipe mensais por parte do médico do PMM, foi definido pela não adesão da equipe ao modelo de consultas programadas por doenças, ciclos de vida ou faixas etárias.⁸ Houve grande resistência de parte da equipe em aceitar esse modelo, mesmo sendo referência de alguns centros no país de excelência no que tange à *gestão da clínica*.¹³

O trabalho pactuado pela equipe no cuidado aos usuários conciliou a demanda espontânea com a programática e os grupos prioritários, como os de saúde mental - “Cuca Legal”, HIPERDIA e Saúde do homem - “homens fortes”.

Um aspecto importante que fortaleceu o modelo de demanda espontânea foi que a realidade territorial fazia com que cada dia de atendimento médico ocorresse em um local diferente. Assim sendo, trabalhar de forma fragmentada, por ciclo de vida, gênero ou afecções, contribuiria com o aumento da iniquidade no acesso.

Saúde do homem: HOMENS FORTES

Outro ponto importante observado no início dos trabalhos foi o predomínio acentuado das mulheres nas consultas, em detrimento dos homens.⁸ Havia uma grande dificuldade em trazê-los para a unidade, já que o horário de funcionamento desta coincidia com a jornada de trabalho da maioria. Para lidar com esta limitação funcional, foi criada a ação HOMENS FORTES, em que 15 adultos maiores de 25 anos e com perfil de nunca procurarem os pontos de atendimento foram selecionados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para uma consulta especial na segunda-feira e nos sábados, na Unidade Integral à Saúde Dona Lia - UISDL, com coleta de exames laboratoriais e vacinação.

A sede foi escolhida como local para esta ação tendo em vista que, na segunda-feira, a maior parte dos homens da zona rural se dirigem a Lagoa de Pedras para participarem da feira agropecuária da região. A ação foi realizada 3 vezes e serviu de substrato para a elaboração de ações e projetos posteriores. Nesta ação, foi possível identificar a necessidade de acesso e de oferta regular de cuidados singulares a estes usuários, resgatando o direito de cidadania a uma clientela, historicamente secundarizada, nos serviços de saúde.

Saúde mental: grupo terapêutico *CUCA LEGAL*

Durante o trabalho médico foi identificada uma grande demanda de algumas usuárias por medicações psicotrópicas. Levando em conta o tempo abreviado da consulta para atender às demandas de saúde mental (em média 10 minutos), o PMM em Lagoa de Pedras articulou a criação e a aplicação de um grupo terapêutico com usuárias portadoras do transtorno misto ansioso-depressivo: o *CUCA LEGAL*.

Composto por mulheres, na sua maioria climatéricas, esse espaço destinou-se a uma escuta ativa das queixas das participantes, propiciando um momento de aprendizado mútuo e troca de saberes na ótica da Educação Popular em Saúde.¹⁴ Após 10 sessões, percebeu-se uma redução na busca destas mulheres por consultas médicas e uma melhor vinculação das mesmas com a equipe de saúde.⁸

Hipertensos e Diabéticos

Atualmente, a HAS e o DM são pandemias globais. Estima-se que 1 a cada 5 pessoas sejam hipertensas ao redor do mundo¹⁵ e que em 2014 aproximadamente 9% da população mundial seja diabética.¹⁶ Estas duas doenças estão associadas a diversas comorbidades, a saber: retinopatia, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, injúria renal, dentre outros.^{17,18}

No Brasil, estudo apontou uma prevalência de 21,24% para a HAS, sendo maior em zona urbana do que na zona rural,¹⁹ com valores mais elevados quanto menor a escolaridade e maior a idade. Seria natural, então, pensar: como se comportaria a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus no contexto da ruralidade, tal qual a Lagoa da Palha?

Segundo o levantamento da equipe (29 e 19%) e a epidemiologia brasileira^{3,13} (21 e 9%), era expressivo o quantitativo de hipertensos e diabéticos na comunidade.

Percebendo a lacuna nesta área do atendimento, o PMM iniciou a construção de um projeto de intervenção realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município. A ideia foi de ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos atendidos pela ESF na Lagoa da Palha e adjacências por meio da educação em saúde e de ações que pudessem sensibilizar não apenas os profissionais, mas também os usuários. A proposta seria então fazer renascer o seguimento da HAS e do DM na realidade da UBSLP. Seria gerar um novo sentido, parir um novo ânimo – construir um RENOVO.⁸

Até o início do programa, os hipertensos e diabéticos das comunidades eram vistos pelo médico no atendimento geral de medicina de família e comunidade e pela enfermeira no chamado HIPERDIA – atendimento segmentado focando na HAS e no DM. Após reuniões de elaboração com a gestão em saúde municipal e a equipe da ESF, o projeto RENOVO foi construído tendo como base um calendário de atividades que lançava sobre estes problemas de saúde um olhar holístico médico, de enfermagem, odontológico, preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção à saúde.

As ações iniciaram com o cadastramento por parte dos ACS e do profissional médico dos hipertensos e diabéticos que já estavam ao alcance do programa. Paralelamente, instituiu-se uma rotina de palestras e atividades educativas nas três principais comunidades atendidas: Lagoa da Palha, Lagoa do Cipó e Alto do Juá.

Na primeira, realizou-se uma gincana com caminhada dos hipertensos e diabéticos. Esta contou com participação da odontologia que realizou palestra educativa. Já na Lagoa do Cipó foi realizada uma caminhada dentro da própria comunidade, demonstrando não apenas a importância, mas a possibilidade de se exercitar no contexto da zona rural. No Alto do Juá cristalizou-se uma reunião com os usuários sobre as necessidades do atendimento aos hipertensos e diabéticos com foco no Controle Social.

Dessa reunião surgiu um documento endereçado ao Conselho Municipal de Saúde evidenciando os principais entraves que a região vinha enfrentando na utilização dos serviços de saúde. Em todos os momentos fez-se uso da metodologia de temas geradores de Paulo Freire,⁴ buscando estimular os usuários a se expressarem e a retomarem seus próprios anseios, sem medos de represálias.

Ao todo, as ações do projeto RENOVO se desenvolveram ao longo de 4 meses e culminaram com reunião administrativa com todos os profissionais participantes avaliando a eficácia, efetividade e eficiência das ações.²⁰ Sua marca permanece no fazer saúde das 7 localidades atingidas e expressa-se no cotidiano: mais de 400 hipertensos e 100 diabéticos acompanhados pela UBSLP.

Outras ações de educação permanente desenvolvidas

Além das ações já citadas, outros trabalhos foram desenvolvidos em Lagoa de Pedras sob o protagonismo do PMM local. Iniciou-se um curso para os ACS com 4 meses de duração, promovendo uma atualização pedagógica em temas como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, planejamento familiar, visita domiciliar, cuidados com o prontuário, hanseníase e tuberculose. Visando facilitar a difusão da aplicação de imunizações contra o tétano, a hepatite B e a raiva, ocorreu o treinamento em “vacinação na urgência” com os técnicos de enfermagem e contando com a participação de estudantes do curso técnico de enfermagem de uma escola local.

A despeito das dificuldades encontradas no primeiro momento, pode-se apreender por meio dos relatos dos usuários e dos profissionais que todas as ações inicialmente engendradas repercutiram de forma positiva na comunidade da UBSLP e no município como um todo, fortalecendo o papel do PMM como protagonista de mudanças.

II – Reflexões sobre a Gestão em Saúde, Controle Social e a interação com o Programa Mais Médicos

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8142/90,²¹ define que todas as suas ações deliberativas serão regulamentadas pelos Conselhos e Conferências de Saúde com participação de usuários, profissionais e gestores nas três instâncias de governo (municipal, estadual e federal). Logo, a participação popular se encontra no cerne do funcionamento ideal do SUS.

Muitos desafios foram identificados pelo PMM de Lagoa de Pedras no que se referia ao Controle Social. A população não participava e não se aglutinava em instituições representativas. Essa lacuna se refletia nas inquietações e reclamações dos usuários, mantidos distantes dos centros de decisão – Secretaria Municipal de Saúde e prefeitura.

Tomando como força motriz a realização da 15ª Conferência Municipal de Saúde em sua etapa municipal, o PMM propôs a realização de encontros descentralizados do Conselho Municipal de Saúde pelo município, priorizando também reuniões com a população nos distritos diversos – a exemplo da Lagoa da Palha.²² Reuniões comunitárias desenvolvidas nos distritos do Alto do Juá e da Lagoa do Cipó foram relatadas por escrito e entregues ao Conselho Comunitário de Saúde, visando à tomada de providências pela gestão quanto aos anseios populares de melhorias na saúde.

Em termos de planejamento e gestão do cuidado, o trabalho das três equipes da ESF dava-se de forma isolada. Eventualmente, havia diálogos informais entre os profissionais por questões de usuários que transitavam entre as unidades – o que não é infrequente, dado que muitos que moram na zona rural têm parentesco com os moradores da cidade e se valiam disso para conseguir um maior acesso. Com isso, a comunicação entre as equipes da ESF se tornava um imperativo por vezes secundarizado pelas demandas do atendimento.

Dentre os problemas identificados nessa comunicação estava o preenchimento das declarações de óbito. Pela identificação desse nó crítico, o PMM, em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal, fundou o Comitê de Mortalidade do Município, contando com um representante de cada ESF e representação dos usuários e da gestão. O médico da Lagoa da Palha foi o representante de sua equipe, participando ativamente das reuniões.

A ideia de implantar o Comitê surgiu a partir do diálogo entre a equipe médica, a vigilância sanitária e a gestão municipal e estadual de saúde, considerando os casos de óbitos por causas mal definidas na região e a necessidade de investigação. Ao longo de um ano de atuação, todos os casos foram pesquisados e reportados à gestão estadual, demonstrando o potencial do PMM não apenas para a APS, mas também para todas as esferas de gestão em saúde – tendo em vista seu olhar diagnóstico e sua propensão ao protagonismo.

Relato de experiência²³ traz descrição de atividade desenvolvida em São João do Polêsine/RS semelhante. Em terras gaúchas, o foco do projeto se deu no grupo etário dos idosos. Como fruto dessa intervenção, surgiu o Conselho Municipal do Idoso. Essas experiências exitosas sugerem que as atividades locais do PMM podem transcender o mero atendimento médico e ter uma repercussão muito mais sistêmica sobre os municípios brasileiros – desde que construídas sob uma ótica de parceria com a gestão municipal de saúde.

Discussão

Após apresentação dos resultados obtidos pelo trabalho realizado, tanto na ação geral do PMM em Lagoa de Pedras quanto no âmbito do projeto RENOVO, pode-se perceber que as ações tiveram impacto positivo: maior participação da comunidade, fortalecimento do Controle Social, espaços de valorização dos profissionais (educação permanente), gestão da clínica, consolidação da vigilância à saúde (Comitê de Mortalidade), diagnóstico comunitário da situação epidemiológica da hipertensão e do diabetes e instauração de uma práxis reflexiva por parte dos profissionais.

A despeito disso, alguns entraves podem ser referidos, tais como a rigidez de parte da equipe em aceitar as mudanças, bem como de alguns usuários em apropriar-se delas. O clientelismo político e as

relações de poder entre as partes envolvidas no fazer saúde também exigiram dos profissionais envolvidos um alto poder de negociação que, por vezes, exauriram as forças de mudança.

Um aspecto importante encontrado pela experiência vivenciada foi que mesmo não tendo um foco quantitativo, os números de hipertensos e diabéticos encontrados na Lagoa da Palha sugerem que a ruralidade ainda é um contexto desafiador para promoção e o cuidado à saúde. Hábitos de vida nocivos, como o sedentarismo e o tabagismo, permeiam os espaços rurais tanto quanto os urbanos. Além disso, o consumo de agrotóxicos foi observado nos espaços ruralizados.²⁴ Estudos devem ser feitos no sentido de refinar essa observação quanto a questões de gênero, idade e geração – é este um evento novo?

Na esfera da Educação Popular e do Controle Social houve avanços importantes, como a participação do PMM na Conferência Municipal de Saúde, o debate ocorrido no Alto do Juá, o estreitamento das relações entre a ESF e o Conselho de Saúde e os momentos de promoção da saúde, vivenciados nas caminhadas e na gincana. Espaços com esta metodologia fortalecem a APS e geram movimentos em defesa do Sistema Único de Saúde²⁵ e da integralidade dos sujeitos.

Considerações finais

A gestão em saúde de Lagoa de Pedras aderiu ao programa que fortaleceu o acesso e a qualidade do atendimento, contribuiu na área de vigilância à saúde, desenvolveu ações de prevenção e promoção à saúde dos hipertensos, diabéticos, portadores de transtornos mentais e homens (outrora ausentes na APS incipiente), fortalecendo a participação popular.

Nota-se, como base sustentadora de todos os frutos alcançados nessa colheita, que a interiorização do profissional médico foi fundamental para que fluxos de mobilização e de transformação fossem criados no seio da saúde do município estudado. Semelhante ao que vem ocorrendo em outros locais,²⁶ o PMM tem sido gerador de profundas transformações sociais.²⁷ Sua interferência no processo saúde-doença-cuidado, olhando a partir da experiência em Lagoa de Pedras/RN, pende para a positividade.

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 22 de Outubro de 2013.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [acesso 12 de Fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=240630
3. Lagoa de Pedras, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do Programa Agentes Comunitários de Saúde 2014. Lagoa de Pedras: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
4. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
5. Rosas AG, Melo-Neto JF, orgs. Educação popular – enunciados teóricos. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2008.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Agropecuário 2006 [acesso 25 de Março de 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=240630&idtema=3&search=rio-grande-do-nortelagoa-de-pedras|censo-agropecuário-2006>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@ - Rio Grande do Norte, Lagoa de Pedras [acesso 25 de Março de 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2406304>
8. Nascimento Filho JM. Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Lagoa da Palha, Lagoa de Pedras/RN [Monografia - Especialização em Saúde da Família]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); 2015.

9. Stewart M, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, Meredith L, Brown JB. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
11. Starfield B. *Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, 28. Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 56 p.
13. Gusso G, Poli Neto P. *Gestão da clínica*. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 159-66.
14. Vasconcelos EM, Vasconcelos MOD. *Educação popular*. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 91-7.
15. Organização Mundial de Saúde. Q&As on hypertension [Internet]. 2015 [acesso 25 de Março de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
16. Organização Mundial de Saúde. Diabetes [Internet]. 2015 [acesso 25 de Março de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 160 p.
19. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):297-304. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>
20. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):921-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>
21. Brasil. Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
22. Lagoa de Pedras, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde – etapa municipal Lagoa de Pedras*. Lagoa de Pedras: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.
23. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Tempus (Brasília)*. 2015;9(4):217-24. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i4.1739>
24. Ferreira MJM, Viana Júnior MM. A expansão do agronegócio no semiárido cearense e suas implicações para a saúde, o trabalho e o ambiente. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):649-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0029>
25. Padilha WWN, org. *Relatos e vivências de educação popular*. João Pessoa: Editora Ideia – EDUFBP; 2007.
26. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
27. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3547-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>

Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention*

Marc Jamouille^a, Michel Roland^b, Jong-Myon Bae^c, Bruno Heleno^d, Giorgio Visentin^e, Gustavo Diniz Ferreira Gusso^f, Maciek Godycki-Ćwirko^g, Miguel Pizzanelli^h, Patrick Ouvrardⁱ, Ricardo La Valle^j, Luis Filipe Gomes^k, Daniel Widmer^l, Jorge Bernstein^m, Mariana Mariñoⁿ, Hamilton Lima Wagner^o, Ilario Rossi^p

^a MD, PhD. Family Physician, researcher, University of Liège (ULg), Belgium; University Isalud, Buenos Aires, Argentina. marc.jamouille@gmail.com

^b MD, PhD. Family Physician. Emeritus professor of family medicine, Free university of Brussels (ULB). President of Médecins du Monde, Belgium. michel.roland@ulb.ac.be

^c MD, PhD. Professor of preventive medicine, Jeju National University, South-Korea. aquopura@gmail.com

^d MD, PhD. Family doctor, Lumiar Health Center. Assistant Professor, New University of Lisbon, Portugal. bruno.m.heleno@gmail.com

^e MD. Family Physician, Specialist in emergency medicine. Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale. Milan, Italy. visenting@gmail.com

^f MD, PhD. Family Physician. Professor of primary care and family medicine at University of São Paulo, Brazil. gustavo.gusso@usp.br

^g MD, PhD. General Practitioner, Professor, Centre for Family & Community Medicine, Division of Public Health, Faculty of Medical Sciences, Medical University of Lodz, Poland. maciekgc@uni.lodz.pl

^h MD, MSc. Family Physician, Assistant professor of Family and Community Medicine, University of the Republic (UDELAR), Florida, Uruguay. President of the Special Interest Group of WONCA on Quaternary prevention and overmedicalization. miguelpizzanelli@gmail.com

ⁱ MD. Family Physician, Director of research of the French society for teaching in Medicine (SFTG). Paris, France. Vice-president of European Union of General Practitioners (UEMO). patrick.ouvrard@unimedia.fr

^j MD, PhD. Family physician. Department of Family Medicine. University of Buenos Aires. National University of Hurlingham. Argentina. lavayear@gmail.com

^k MD, PhD. Family Physician. Emeritus professor of Family Medicine, Faro University. Portugal. luis.filipe.r.a.gomes@gmail.com

^l MD. Family Physician. Lecturer in Family Medicine, University of Lausanne. Switzerland. Vice-president of European Union of General Practitioners (UEMO). widmermed@gmail.com

^m MD. Psychiatrist, president of the Quaternary Prevention Commission of the Argentine Federation of General and Family Medicine (FAMFyG), President of the Chapter of Quaternary Prevention of the Association of Psychiatrists of Argentina. Buenos Aires, Argentina. jorge.bernstein@gmail.com

ⁿ MD.MSc. Sociedad Argentina de Medicina Internal General (SAMIG). Ciudad de Buenos Aires, Argentina. marian_marino@yahoo.com.ar

^o MD. Masters in Surgery. Family and Community Medicine, Preceptor of the residency program in Family and Community Medicine at Health Secretariat of Curitiba, Brazil. hamiltonw@uol.com.br

^p MA. PhD. Anthropologist, Professor, THEMA - Institute of Social Sciences, Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne (UNIL), Switzerland. Ilario.Rossi@unil.ch

Cite as: Jamouille M, Roland M, Bae J-M, Heleno B, Visentin G, Gusso GDF, et al. Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1860](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1860)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not applicable.

Conflict of interests:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

* This paper has been published originally in French in the "Revue Médicale de Bruxelles", Sept 2018 and is reproduced here with due authorization.

Abstract

The concept of quaternary prevention, resulting from a reflection on the doctor-patient relationship, is presented as a renewal of the age-old ethical requirement: first, a doctor must do no harm; second, the doctor must control himself/herself. The origin of the concept, its endorsement by the World Organization of Family Doctors (WONCA) and the European Union of General Practitioners (UEMO), its dissemination, and the debates to which it has given rise, are presented by a panel of authors from 10 countries. This collective text deals more specifically with: the bioethics of prevention, the importance of teaching Quaternary prevention and factual medicine, the social and political implications of the concept of quaternary prevention, and its anthropological dimensions.

Keywords: Quaternary Prevention; Ethics, Professional; Evidence-Based Medicine; General Practice

Resumo

O conceito de prevenção quaternária, resultante de uma reflexão sobre a relação médico-paciente, é apresentado como uma renovação da antiga exigência ética: primeiro, o médico não deve causar nenhum dano; segundo, o médico deve se controlar. A origem do conceito, o seu endosso pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e a União Europeia de Médicos de Clínica Geral (UEMO), a sua divulgação e os debates a que deu origem, são apresentados por um painel de autores de 10 países. Este artigo baseia-se na bioética da prevenção, na importância do ensino da prevenção quaternária e na medicina factual, nas implicações sociais e políticas do conceito de prevenção quaternária e nas suas dimensões antropológicas.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Ética Profissional; Medicina Baseada em Evidências; Medicina Geral

Resumen

El concepto de prevención cuaternaria, resultante de una reflexión sobre la relación médico-paciente, se presenta como una renovación del antiguo requisito ético: primero, un médico no debe hacer daño; segundo, el médico debe controlarse a sí mismo. El origen del concepto, su respaldo por parte de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) y la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO), su difusión, y los debates a los que ha dado lugar, son presentados por un panel de autores de 10 países. Este texto colectivo trata más específicamente de: la bioética de la prevención, la importancia de la enseñanza de la prevención cuaternaria y la medicina práctica, las implicaciones sociales y políticas del concepto de prevención cuaternaria y sus dimensiones antropológicas.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria; Ética Profesional; Medicina Basada en la Evidencia; Medicina General

Patient doctor relationships facing doubt and uncertainty in medical practice

Uncertainty and the arrow of the time are points of support cited by Ilya Prigogine to face the absurd of the world "*In a probabilistic universe, in which different possibilities may appear*".¹ We will in this text make a trip between uncertainty and time line. We talk about clinical prevention, a search for reducing uncertainty in the course of time, in the context of a care relationship. Medicine is based on the patient-doctor relationship. Without relationship, there is no medicine, there is only technology.

It is good to analyze the question of doubt and uncertainty, according to the three angles of the patient, the doctor and the relationship that unites them (Figure 1).

These three elements form what is called a semantic triplet, a triplet that gives the relationship as much value as the other two elements and makes all three respond to uncertainty. An anthropological approach makes it possible to grasp this dimension. Uncertainty from the point of view of the patient (P) is an existential uncertainty, related to the consciousness of being and death. The uncertainty of the physician (D), who is also a human and therefore a patient, is that of the doubt which constitutes the basis of any scientific approach. Without doubt there is no science, no questions, no medicine.

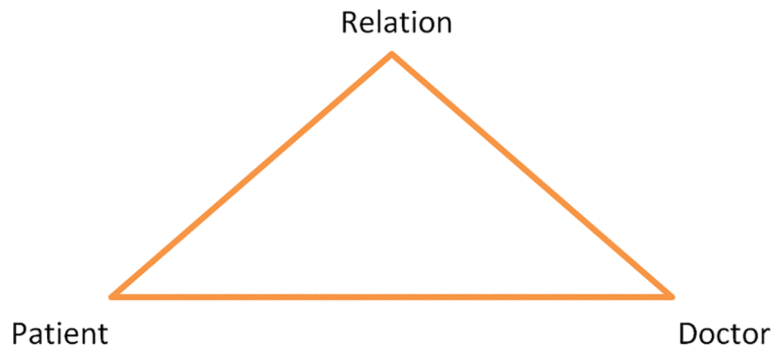


Figure 1. The doctor-patient relationship seen as a semantic triplet.

We thus see that the relation R is formed by the meeting of two epistemologically different points of view; existential fear and scientific doubt that can hardly coincide. It is already a difficult exercise of communication between P and D to agree on the contents of the relation R. In the theory of the communication, we will say that the channel itself generates a noise which disturbs the message. The very fact that the doctor is also a human being can strongly disrupt the relationship.² The uncertainty of the patient will be more easily expressed if the real reason for consulting is, in a first diagnostic procedure, identified by the doctor. The patient is often more concerned with the prognosis of pain than with the pain itself. The identification of the real problem of the patient makes it possible to better answer his uncertainty.

What about the doctor's uncertainty? The answer seems obvious as the acronym EBM for Evidence Based Medicine or factual medicine indicates. As Davidof et al. argues, Evidence-Based Medicine *"to fill the chasm by helping doctors find the information that will ensure they can provide optimum management for their patients"*.³

But situations where quantitative factual medicine may apply are rare in general practice. The data based on this medicine are often mono-pathological and technological and we know that the heart of the profession of family doctor is the qualitative and narrative approach, multimorbidity and personal care in its bio-psycho-social context.⁴

Considering this complexity, let's move forward into the timeline and thus into the concept of prevention.

The Quaternary prevention concept, origin and dissemination

The terms primary, secondary and tertiary prevention were coined by Leavell & Clark in the 50', based on the phases of Syphilis model, and they have been widely disseminated in public health world.⁵ This doctor-defined and disease-centered chronological view prompted Bury⁶ to use quaternary prevention in its chronological sense in order to define palliative care.⁷

We have proposed a relational vision of prevention.^{9,10} Our model, designed in 1986, is built on a cross tabulation. Prevention is the result of relationships between patient and doctor over time. The cross between science and consciousness delimits four nebulae^{9,11} reflecting the blurred boundary between health and illness. However, in day-to-day practice, the distinction is usual and four areas of activity are represented. The timeline crosses the table obliquely. Patients and doctors meet at the end and die together (point Ω) (see Figure 2).

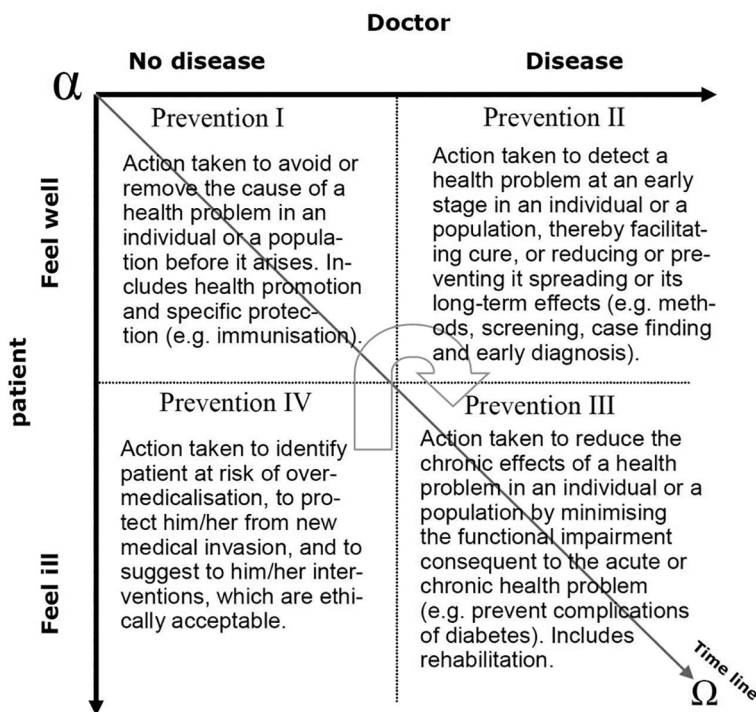


Figure 2. The four definitions of prevention (Wonca dictionary). The time line from alpha to omega shows that patients and doctors will be sick and dye together. The circular arrow shows that Quaternary prevention, converted in attitude, impacts all medical activities.

These four areas of activity form the core of family medicine. To vaccinate a healthy patient is primary prevention (true negatives). If the doctor bets on disease and offers screening, this is secondary prevention (false negatives). If the doctor make a diagnosis and the patient admits he is sick, curative medicine begins and avoiding side effects and complications and start rehabilitation is tertiary prevention (true positives).

If the patient has symptoms and the doctor cannot objectify the suffering as a disease, the suffering has no name and therefore does not exist. This illness does not find its place as a social construct.¹²

Putting in place a strategy that meets this denial of being is called quaternary prevention (false positives). These patients are often considered difficult and their past is often filled with violence and anxiety. They are often referred to the psychiatrist. The symptoms are sometimes the mirror of their lives.¹³ But there is nothing worse for a patient than to be known as a carrier of nothing. Of course, we are also talking about diagnostic errors that confine a patient to the diagnosis of fibromyalgia until ankylosing spondylitis is diagnosed.

Quaternary prevention is more than factual activity. It covers over-medicalization, over-information, over-screening, overdiagnosis, overtreatment, as well as avoidable treatments, patient protection and more generally the limits of medical care. Implicitly, patients and uncared populations are part of this area which also covers under-medicalization. Quaternary prevention also challenges these strange diagnoses as “No disease disease - clinically unexplained symptoms - worried well - heartsink or hateful patients - functional somatic syndromes - somatoform disorders - abnormal patient behavior (non-exhaustive list).” A poster translated into several languages is available on the WONCA International Classification Committee (WICC) website ((www.ph3c.org/P4)). It shows the progress of the concept, its publication by WONCA in 2003⁸ and its approval in 2011 by the European Union of General Practitioners (UEMO).¹⁴

After its presentation at the 25-year Congress of the Brazilian National Unified Health System (SUS) in 2008, quaternary prevention has spread throughout Latin America.¹⁵ It also escaped from the cross-tabulation table and, applying to all areas of medicine's actions (as shown by the circular arrow in Figure 2), she became an attitude, a thought about to act the doctor himself in a relationship marked by dependency and distress.

Quaternary prevention is an ethical imperative of self-control, a renewal of the motto "primum non nocere". The movement of young South American physicians and their interest in the concept is largely due to the extremely aggressive commercialization of health by the industry. Alongside the over-medicalization that is almost intrinsic to the practice of medicine, described as positive iatrogeny by Michel Foucault.¹⁶ there is over-medicalization due to excessive commodification of health products.¹⁷ In particular, the markets for Alzheimer's, Ritalin and Hydroxycodone are in the billions of dollars. The intensive lobbying of vaccine companies and the legal requirement of certain preventive practices, such as those in Uruguay and France, raise questions. Protecting the patient against these markets has become an obligation for the doctor.

Evidence-based medicine (EBM) is a fundamental tool for deciding the right attitude, especially in pharmacotherapy, and the EBM movement seized Quaternary Prevention and reformulated its definition according to an operational vision: *Measures taken to protect individuals (people/patients) medical interventions that may cause more harm than good.*¹⁸

Evidence-based medicine is also important for quaternary prevention at the level of healthcare organization. One example is Poland, where the health system is based on compulsory health insurance. Physicians are paid in proportion to the number of patients on their list and are required to provide curative and preventive services.¹⁹ Of the 14 preventive interventions prescribed by the Regulation, six are not evidence-based and evidence-based medicine offers a range of interventions different from those proposed in the Regulation.²⁰ As we point out later, this example suggests that the judicious choice of preventive interventions by the political authority is an integral part of quaternary prevention, well beyond the clinic.

Although slow, the spread of the concept has been amazing. It is translated into almost all European and some Asian languages. Following the publication of a manifesto at the WONCA conference in Rio de Janeiro in December 2016,²¹ a special interest group was created.²² The concept is now part of the basic teaching of family medicine. The double-entry table is particularly effective for teaching prevention.²³ This reflection on the doctor-patient relationship, highlights the concerns of many family physicians around the world. Quaternary Prevention has become a movement of thought crossed by many complementary currents.²⁴⁻²⁷

Thanks to family medicine conferences and computer tools (websites, mailing lists, WhatsApp lists in many countries), exchanges have been intense. Numerous online courses and presentations have been organized, documents have been published and several adaptations of the concept have been proposed (see Table 1).

This article is the culmination of the reflections of many international colleagues. The four groups of co-authors discuss below the importance of quaternary prevention in ethical domain, its impact in teaching, the sociopolitical aspects it implies and finally the anthropological aspects it underpins.

Table 1. Availability of Quaternary prevention concepts on-line for teaching and bibliographic retrieval in various languages. (Direct access by clicking on the link).

Languages Types	Types	Purpose	Internet link
English, French, Turkish, Spanish, Portuguese, Korean, Italian, Vietnamese, Polish, Dutch, Georgian, Ukrainian	HeTOP.eu descriptors	Teaching & bibliographic searches	D2IM Rouen, France www.hetop.eu/3CGP
Spanish, Portuguese, English, French	DeCS descriptors	bibliographic searches	PAHO-WHO Sao Paulo, Brazil http://decs.bvs.br
Chinese, Thai, Vietnamese, French, Spanish, Portuguese, Dutch, English	Posters on the WICC Web site	Teaching	WICC WONCA http://www.ph3c.org/P4
Spanish, English, French	Quaternary Prevention Library and Resources	QP Resource Repository	QP SIG WONCA https://goo.gl/oy1gFZ

Quaternary Prevention and medical ethics

The definition of Quaternary prevention (QP) reproduced in the Figure 2 ends by the words 'ethically acceptable'. This last phrase of the definition means that the final goal of QP would make clinical practices conduct under bioethical principles.^{28,29} Nowadays, four principles of medical ethics such as non-maleficence, beneficence, respect for autonomy, and justice have been suggested by the Belmont Report³⁰ in 1979 and Gillon³¹ in 1994.

- First, the QP has preferentially highlighted the principle of non-maleficence (*primum non nocere*)³² by avoiding over-medication.³³⁻³⁵ Because clinicians have ethical obligation to protect patients from potential harm.³⁶ Especially general practitioners or family physicians (GP/FP) usually are in position to the starting point of clinical management so that they play the important role of preventing the cascade of unnecessary medical services.^{24,37} In this context, the responsibility of medical professionalism is stressed in implementing QP.³⁸
- Second, beneficence is aimed to provide net medical benefit over harm to patients.³¹ To do this, GP/FP have to achieve evidence-based practice with assessing probabilities of various benefits and harms.^{29,39} As Sackett⁴⁰ redefined evidence-based medicine (EBM) as *the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values*, GP/FP have to accept the value-based medicine (VBM).⁴¹
- Because the definition of VBM by Brown, Brown et Sharma⁴² is *'the practice of medicine incorporating the highest level of evidence-based data with the patient-perceived value conferred by health-care interventions for the resources expended'*.
- Third, respect for autonomy gives emphasis to participate patients in a clinical decision-making.³¹ To do this, the concept of 'shared decision making' (SDM) has been stressed.³² Especially, SDM would make patients empower, which is a goal of QP,⁴³ because Charles et al. described SDM as *'a two-way exchanges of information between the parties concerned with the medical decision'*.⁴⁴ Accordingly, Widmer⁴⁵ suggested QP as *'relationship based medicine'*. In addition, SDM could overcome a defensive medicine caused by the non-avoidable uncertainty in process of decision making,^{46,47} so that over-diagnosis and over-treatment by medical futility decision could be prevented.⁴¹ For good communication in clinical setting, GP/FP should consider actively to apply some tools as likely as patient decision aids.⁴⁹

- Last, Gillon³¹ distributive justice means to allocate limited health-care resources fairly. Thus, effort to prevent overmedication in QP is following not only the principle of non-maleficence but also the obligation of justice because it could reduce to waste the resources.⁴⁵ In order to avoid in-efficiency of medical services, appropriateness of patients' care should be maintained in individual level.⁵⁰ And the process of setting priorities in health care reflected a social value in population level would be helpful, too.⁵¹

In summary, implementing the QP is following 4 major principles of medical ethics. Kalra, Baruah et Sahay⁵² suggested 3 aims of QP such as to prevent overmedicalization, to protection from medical invasion, and to suggest ethically acceptable interventions. To achieve these aims under '*being ethically acceptable*', GP/PF should get potentialities for medical professionalism, EBM and VBM, SDM, and appropriateness of care.

To teach and learn Quaternary Prevention

Why should quaternary prevention be taught?

Three major arguments encourage us to propose to include the subject of quaternary prevention in the training programs of health professionals:

- The first follows from what was discussed in the previous section. Health professionals must learn to behave ethically. Quaternary prevention is a corollary of the four main principles of medical ethics. This implies that health professionals should learn to practice it.
- The second argument is epidemiological. Unexpected damage, caused by health care, is common and in some cases can have very serious consequences for morbidity and mortality. Thus, undergraduate and graduate programs focusing on quaternary prevention should include teaching of key factors, mechanisms and interventions to reduce health care harm.
- The third argument is openness to critical thinking. In our experience, teaching quaternary prevention gives students a different perspective on health practice, especially when the curricula are based on a biomedical model.

The teaching of quaternary prevention illustrates how psychological, social, political and economic forces influence the practice of health.

Which topics should be included?

The teaching of quaternary prevention is a complex field where epidemiology, communication, doctor-patient relationship, learning-centered approach, teaching skills centered on persons along with many others abilities must be present in a balanced way. Biopsychosocial approach, macro and micro views of different areas such as economy, health care services organization and technological incorporation policies are integral part of QP. In the same way, public and to health professionals other than doctors have to become involved.²¹

After seeing Figure 2, students can, for example, discuss why some people get sick without having a defined illness. Students can also analyze the systems as the Polish example described above

where politicians dictate mandatory preventive interventions, many of which are not supported by solid evidence.^{19,20,53} A final example would be to discuss the consequences of the progressive lowering of hypertension thresholds in terms of the number of people who are offered pharmacological treatment.

Teaching should also pay attention to the application of quaternary prevention at different organizational levels: the patient-physician relationship (micro), health education and continuing medical education (meso) and at the societal level (macro). Table 2 recently used in a training course in the Family and Community Residence Program in Argentina⁵⁴ shows the complexity of the learning-teaching process that applies quaternary prevention to curricula.

Table 2. Quaternary prevention education according to the levels of organization (adapted from M. Pizzanelli)

Fields	Ethics	Education	Research	Health Policy
Micro (Individual)	<ul style="list-style-type: none"> - empathy - Self control - Shared medical decision making 	<ul style="list-style-type: none"> - Ability to critical reading - Refusal of market influence 	<ul style="list-style-type: none"> - Self-observation protocol - Consultation as Qualitative Research 	<ul style="list-style-type: none"> - Developing a Sociological Consciousness
Meso (groupe)	<ul style="list-style-type: none"> - Accurate information exchange with the group - Mastering communication at the group level 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidence Based Medicine - Community health - Comprehensiveness 	<ul style="list-style-type: none"> - Error control propotocol - Implementation of the quality loop 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporting a care integration policy - Network focused on patient relations
Macro (society)	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion of horizontal programs and longitudinality - Control of the respect of the rules of confidentiality 	<ul style="list-style-type: none"> - To provide the necessary tools and database - Train the actors 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitement to people-centered research - Take into account the result of research 	<ul style="list-style-type: none"> - Define a patient-centered health policy - Protecting health actors against market aggression

Despite this complexity, important work has already been done on the inclusion of quaternary prevention in the academic agenda. Experts from several Ibero-American countries have issued a series of recommendations on teaching and learning²³ Graduate trainees should learn how to critically evaluate literature, how to deal with ethical dilemmas, how to communicate effectively with patients and promote patient-centered care and shared decision-making. Universities and residency programs should make quaternary prevention a subject of pre- and post-graduate medical education; train medical teachers in quaternary prevention, support residents who want to do research on quaternary prevention and include it in pre-graduation and undergraduate exams.

As stated in the introduction, quaternary prevention is based on relationship. However, the lack of lasting and meaningful relationships with patients, supervisors, peers and professional colleagues, caused by the current structure of medical education in some countries, results in a weak capacity to build relationships in the future. Students and residents should develop relationships with patients and team members to enable feedback. In a qualitative study, residents described how frequent transitions from one service to another affected their ability to create relationships with patients.⁵⁵ In integrated longitudinal training, students have the opportunity to develop one-year relationships with faculty and patients. Hirsch and all.⁵⁶ demonstrated that students perceive their relationships with patients as having a real impact on the well-being of patients, more than in a comparison group. Students also had better empathy scores at the end of the Integrated Longitudinal Training Program than did students in a traditional program.

What results can we expect from teaching quaternary prevention?

Few published studies evaluate the impact of quaternary prevention education. We found an intervention study of fifth-year medical students at Pham Ngoc Thach University (Hochiminh City, Vietnam).⁵⁵ Students were asked to list their potential interventions based on three different simulated clinical scenarios before and after the Quaternary Prevention training intervention.

Despite the brevity of the intervention, the survey showed changes in students' attitudes about clinical decisions. This means that the framework of quaternary prevention could change the clinical reasoning and decisions of medical students.²³

The introduction of the reasoning framework to quaternary prevention could stimulate medical students in a holistic reasoning process (whole person care), which is one of the principles of family medicine. Students could also become more independent researchers by acquiring cognitive skills that allow them to analyze relevant information about medical interventions based on the needs of patients. These results of the study suggest a positive change in behavior in the student decision-making process.²³

In summary, there are strong theoretical arguments for including quaternary prevention in a renewed curriculum focused on the first and second cycle.

Anthropological dimensions of Quaternary Prevention

Originally quaternary Prevention find a first solution to overmedicalisation with an increased attention on psychological⁵⁷ and social dimensions of health,⁵⁸ according the bio-psycho-social model.⁵⁹ It became evident that overmedicalisation can affect all domains of medicine (primary, secondary and tertiary prevention are also involved).¹⁸

Evidence Based Medicine (EBM) is certainly the essential instrument to assess a medical technology. We use here the term health technology in the broad sense of European Commission⁶⁰ as "*comprising medicinal products, a medical device or medical and surgical procedures as well as measures for disease prevention, diagnosis or treatment used in healthcare*".

All medical technologies can be most often submitted to EBM procedures, necessary to evaluate their utility or their danger.

Can all the medical activity be reduced to a health technology submitted to evidence based evaluations? Sackett et al.⁶¹ admitted that clinical expertise was fundamental beside best clinical evidence. We know that general practitioners cannot apply every time and everywhere best clinical evidence but that outcomes of treatment in general practice are better than those of the sum of specialists applying separately evidence of their own domain. This fact is known as "*paradox of primary care*",⁶² confirming the importance of clinical expertise, weighting evidence for each clinical, psychological and social situation. Some voices have call not to reduce evidence to the dominance of measures and randomized controlled trials, but to integrate qualitative research in the process, mixed method becoming a new model for scientific research in medicine.^{4,63}

Social and cultural anthropology interested in medicine and health shares, through its rigorous ethnographic approach⁶⁴ - including participant observations, interviews, focus groups, as well as its concepts and theories -, a critical reading in different fields contributing to quaternary prevention by:

- An interest in clinical practice, to be regarded as a social space confronted to a set of norms and values, social and professional models, as well as political and economic implications.⁶⁵
- Inventory of clinical experience. How GPs really do for avoiding overmedicalisation? How they decide in uncertainty?^{2,66} How they use new technologies?
- Anthropological field surveys in certain areas, for example migrants, rural remote areas, to understand patient's representations and behaviour, care pathways, individual and community priorities, organization of care facilities⁶⁷ and availability of cultural simple and efficient solutions.⁶⁸ Qualitative approach and ethnographic analysis can also be a mode of practices evaluation, taking into account barriers, inappropriate approaches and point of view of people.
- Interest for political discussions about regulation and assessment of health technologies to understand the ways of decisions, the role of stakeholders and factors contributing to assessment other than evidence, such as ethical or socio-political matters. Quaternary prevention approach seems particularly important in context where health technologies are developed and available.
- Interest for global health, with the aim to connect society with health innovations and health policies/health delivery, and thus to analyze health transformations within local-global relations, between the universality of scientific medicine and its social and cultural background. This stance ought to be all the more critical due to the fact that the transformations carried by the globalization of healthcare often form an asymmetrical, unequal and differentiated process, regarding the implementation of programs as well as the circulation of models.⁶⁹

In that respect, and in a quaternary prevention context, an anthropological approach addresses the ethical issues related to clinical practice, which can be analyzed according to different dimensions: global health, national policies, corporate cultures, clinical and care practices, and patients' experiences.

Socio-politics implication of Quaternary prevention

Family Medicine emerged as a response to a medical care that became fragmented, depersonalized and discontinuous. The Quaternary prevention concept challenges the positivist ideals of modernity that maintain that science and the progress of society are constant and always for the better.

This conception refers us to the idea of positive iatrogenia of Michael Foucault when reminding us that medicine has acquired the capacity to harm due to its correct exercise and not only due to lack of skill or ignorance.¹⁶ Moving away from the conception of science of modernity allows us to separate ourselves from the idea that science is something that only deals with knowledge and is divorced from ethics and the influences of politics and economics, in short, the P4 challenges the inadequacies of the Hegemonic Medical Model.⁷⁰

Medicine has been in crisis for a long time. The signs of the inadequacy of the answers offered by this model of medicine are the growing dissatisfaction of the population and of the professionals. Medical care has become fragmented, depersonalized and discontinuous, with increasing costs, with a festival of technology and molecules of doubtful utility, increased conflicts between patients and the health team, and the feeling of helplessness, low valuation of their task and defensive attitude of doctors towards patients and the worrying increase in the judicialization of conflicts. It is also a sign the proliferation of alternative

medicines, shamans, magic solutions and charlatans to which people go at the same time as official medicine in a kind of utilitarian syncretism that denounces the lack of confidence in the model.

Health is a fundamental right of the human being and, Health Systems and many governments, are not guaranteeing it. As a result of this, a reform of the Health Systems has been demanded for a long time, but the attempts of change have been based on economist based ideas limited to the health sector, so they have not been successful in achieving equity, accessibility and justice, that must characterize a Health System and, in many cases, these reforms have only aggravated the situation.

Any reform of a Health System must be initiated from an ethical perspective, with clearly formulated political principles and must include the Society as a whole to achieve a sustainable change. Any reform of a Health System must consider and include the political and economic aspects inherent in the field of health.

Quaternary prevention began as a response to the excesses of medicalization, disease mongering, the transformation of risk factors into diseases, overdiagnosis, etc. The search was oriented from a scientific perspective but, after thirty years, we see that these arguments, although solid and necessary, are not enough because the nature of the dispute is different, it is economic and political.

Quaternary prevention has understood that deep causes far exceed the limits of medicine, has understood that the problem includes ethical, political, economical and conceptual views of science and medicine. It is for this reason that the definition of Quaternary prevention has overcome the initial definition centered on a biomedical vision. Quaternary prevention has understood that a new model of medicine and a new pact with society is necessary.

Quaternary prevention is a movement that promotes a change in the way of being and practice medicine starting with the ethical and philosophical aspects in order to protect patients and members of the health team from the excesses of medicalization and the excessive desire of profit of some actors.

In that sense, in the Declaration of Rio²¹ we have postulated a model characterized by being:

- Inclusive
- Non-reductionist, integral and integrated.
- That tolerates uncertainty.
- That it implies the human, social and political dimensions.
- To avoid and denounce the naturalization of: hunger, exclusion, manipulation, inequality, violence, racism, exploitation, which harms health more than diseases.

Quaternary prevention is a movement²⁶ that seeks to refund the ethical values of medicine so that it becomes an activity for humans exerted by humans and in contact with life. The quaternary prevention does not intend certainties. There is no safe arrival point, there is no predetermined route, there are no guarantees, the only thing we know is that we are building utopias.

References

1. Lévy E. Ilya Prigogine «L'incertitude, c'est la vie»: lepoint.fr; 2002/01/18 [Available from: <http://www.lepoint.fr/actualites-chroniques/2007-01-20/ilya-prigogine-l-incertitude-c-est-la-vie/989/0/60025>].
2. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008;26(1):67-91.
3. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ*. 1995.

4. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *Bmj*. 2014;348:g3725.
5. Clark EG. Natural history of syphilis and levels of prevention. *British Journal of Venereal Diseases*. 1954;30(4):191.
6. Bury J. *Éducation pour la santé: concepts enjeux planifications*. 1988.
7. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *Isr Med Assoc J*. 2000;2:498-500.
8. Bentzen N. *WONCA Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskr; 2003.
9. Jamouille M. *Information et informatisation en médecine générale [Computer and computerisation in general practice]*. Namur, Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986.
10. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-4.
11. Hellstrom OW. Health promotion in general practice. *Eur J Public Health*. 1994;4:119-24.
12. Sadegh-Zadeh K. Anamnesis and diagnosis. In: Sadegh-Zadeh K, editor. *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer; 2015. p. 363.
13. Carpentier J. Medical Flipper. *Cahiers libres*, 402. 1989:154.
14. UEMO. UEMO position on Disease Mongering/Quaternary Prevention 2008 [Available from: <http://www.uemo.eu/2011/02/08/uemo-position-on-disease-mongering-quaternary-prevention/>]
15. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Pizzanelli Báez M, editors. *Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice*. WONCA World; 2013 2013; Prague.
16. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. 1974. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018;44:172-83.
17. Brownlee S. *Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer*: Bloomsbury New York; 2007.
18. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. *European Journal of General Practice*. 2018;24(1):106-11.
19. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domanski F, Czyzewski M, et al. Poland health system review. *Health Systems in Transition*. 2011;13(8):1-193.
20. Godycki-Ćwirko M, Krawczyk J, Tomiak E, Osiecka R, Mazurek L, Ludwikow G, et al. Czasochłonność profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Time requirements for prevention in primary health care]. *Probl Med Rodz*. 2009;1(26):23-7.
21. Wonca Special Interest Group on Quaternary Prevention and Overmedicalisation. *Manifeste; La Prévention quaternaire, présent et futur Proclamation de Rio de Janeiro. Décembre 2016* [Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000449/0000842.pdf>].
22. WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization 2017 [Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>].
23. Gomes LF, Gusso G, Jamouille M. Teaching and learning quaternary prevention. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-14.
24. Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care—A qualitative study with general practitioners. *BMC family practice*. 2017;18(1):99.
25. Franken G. *Prävention und Demenz Eine Begriffsklärung Literaturstudie*. Witten: Universität Witten/ Herdecke (Arbeitspapier des DZD, 12). Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD); 2016.
26. La Valle RA. Prevención Cuaternaria o la Medicina sin corbata. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2015;12:5-6.
27. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *Apmis*. 2014;122(8):683-9.
28. Martínez CG, Riaño IG, Sánchez MJ, de Dios González J, editors. *Quaternary prevention: Containment as an ethical necessity*. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain)*; 2003; 2014.
29. Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention? *Revista de saude publica*. 2017;51:116.
30. Department of Health E. *The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. *The Journal of the American College of Dentists*. 2014;81(3):4.
31. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ: British Medical Journal*. 1994;309(6948):184.

32. Bae J-M. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiology and health*. 2017;39.
33. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*—above all, do no harm! *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2005;45(4):371-7.
34. Visentin G. The difficult choice of “not doing”: comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization”. *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):559.
35. Bae J-M, Jamouille M. Primary care physicians’ action plans for responding to results of screening tests based on the concept of quaternary prevention. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2016;49(6):343.
36. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*. 2008;372(9654):1997-9.
37. Deyo RA. Cascade effects of medical technology. *Annual review of public health*. 2002;23(1):23-44.
38. Medicine AFABol. ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-6.
39. Bae J-M. Suggestions for the promotion of evidence-based public health in South Korea. *Epidemiology and health*. 2017;39.
40. Sackett DL. *Evidence-based Medicine How to practice and teach EBM*: WB Saunders Company; 1997.
41. Bae J-M. Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiology and health*. 2015;37.
42. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Health care economic analyses. *Retina*. 2004;24(1):139-46.
43. Jamouille M. A Comment on “Quaternary Prevention in Public Health” by Dr. Jong-Myon Bae. *J Prev Med Public Health*. 2016;49(2):139-40.
44. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*. 1997;44(5):681-92.
45. Widmer D. Care and do not harm: Possible misunderstandings with quaternary prevention (P4): comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization”. *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):561.
46. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: Role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Canadian Family Physician*. 2014;60(5):409-12.
47. Malin JL. Wrestling with the high price of cancer care: should we control costs by individuals’ ability to pay or society’s willingness to pay?: *American Society of Clinical Oncology*; 2010.
48. Swanson JW, Van McCrary S. Medical futility decisions and physicians’ legal defensiveness: the impact of anticipated conflict on thresholds for end-of-life treatment. *Social Science & Medicine*. 1996;42(1):125-32.
49. Bae J-M. Development and application of patient decision aids. *Epidemiology and health*. 2015;37.
50. Bae J-M. Strategies for Appropriate Patient-centered Care to Decrease the Nationwide Cost of Cancers in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017;50(4):217.
51. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(7):580-3.
52. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Research and Practice*. 2014;11(2):43.
53. Godycki-Ćwirko M, Tomiak E, Wrzecziono B, Lukas W. Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Scope of prevention in primary care]. *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2009;11(1):15-22.
54. Bentaberry M, Bernstein J, Jamouille M, La Valle R, Mariño MA, Piñero A, et al. Curso Introductorio a la Práctica de la Prevención Cuaternaria (P4) SUMEFAC & FAMFyG 2017 [Available from: [http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la-Prevencion-Cuaternaria%20\(P4\).pdf](http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la-Prevencion-Cuaternaria%20(P4).pdf)].
55. Tran THV, Vo TL. Impact of quaternary prevention as a brief intervention in medical students’ clinical decisions: experience from Vietnam Impacto da prevenção quaternária como intervenção breve nas decisões clínicas de estudantes de medicina : In the last decades medica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10:1-8.
56. Hirsch CD, Barlem ELD, Barlem JGT, Dalmolin GdL, Pereira LA, Ferreira AG. Cross-cultural adaptation and validation of the Nursing Student Satisfaction Scale for use with Brazilian nursing students. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016;24.
57. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*. 1955;265(6866):683-8.
58. Illich I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.

59. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
60. Commission E. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU Brussels: European commission; 31.1.2018.
61. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal Publishing Group*; 1996.
62. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2009;7(4):293-9.
63. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual review of public health*. 2014;35.
64. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. *Lectures, Publications reçues*. 2008.
65. Rossi I. La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? In: Sutton LHM, Torres A, Hernández I, editors. *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Mexico: Editorial El Manual Moderno; 2017. p. 38-57.
66. Toon P. *Books: Mapping Uncertainty in Medicine: What to Do When You Don't Know What to Do: Mapping the Terrain*. *British Journal of General Practice*; 2016
67. Kumar NS. Health situation of scheduled castes in Bolpur-Sriniketan. *Anthropological Survey of India*. Kolkata: Ministry of Culture; 2011.
68. Chaudhuri B. *Health for All: Looking for an Alternative Approach*. Dr Ambedkar Chair in Anthropology. Department of Anthropology, Calcutta University; 2008.
69. Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basílico M. *Reimagining global health: an introduction*: Univ of California Press; 2013.
70. Menendez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*. 2005;1:9-32.

Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?

How many family and community doctors do we have in Brazil?

¿Cuántos médicos de familia y comunidad tenemos en Brasil?

Resumo

A formação de médicos especialistas no Brasil se dá por meio da conclusão de um programa de residência médica ou pela realização de uma prova e obtenção de um título de especialista. São caminhos paralelos e que por vezes se sobrepõem. Além disso, as instituições responsáveis por esses respectivos modelos de formação de especialistas, que são a Comissão Nacional de Residência Médica e a Associação Médica Brasileira, não dispõem de uma base de dados unificada. Em função desses fatores, sempre foi difícil definir com alguma precisão o número de médicos de família e comunidade no país. Com mudança recente no sistema da informação da Comissão Nacional de Residência Médica (SIS-CNRM), foi possível obter informações sobre certificados de conclusão de residência médica anteriores à criação do sistema. A partir desses dados do SIS-CNRM foi possível se obter o número atual de médicos de família e comunidade no país. O levantamento desse número, inédito para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, é elemento essencial para planejar o crescimento e o futuro da especialidade no país.

Palavras-chave: Especialização; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade

Abstract

The training of medical specialists in Brazil is through the completion of a medical residency program or by conducting a test and obtaining a specialist degree. They are parallel paths and sometimes overlap. In addition, the institutions responsible for these respective specialists training models, which are the National Medical Residency Commission and the Brazilian Medical Association, do not have a unified database. Due to these factors, it has always been difficult to define with any precision the number of family and community doctors in the country. With a recent change in the information system of the National Medical Residency Commission (SIS-CNRM), it was possible to obtain information about certificates of completion of medical residency prior to the creation of the system. Based on these SIS-CNRM data, it was possible to obtain the current number of family and community doctors in the country. The survey of this number, unprecedented for the Brazilian Society of Family and Community Medicine, is an essential element to plan the growth and future of the specialty in the country.

Keywords: Specialization; Internship and Residency; Family Practice

Daniel Knupp Augusto^a
Leandro David^b
Denize Ornelas Pereira Salvador
de Oliveira^a
Thiago Gomes da Trindade^a
Nulvio Lermen Junior^a
Paulo Poli Neto^a

^a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
knupp.bh@gmail.com (*Autor correspondente*);
denizeofp@gmail.com;
thiagogtrindade@gmail.com;
nulvio@hotmail.com;
ppolinet@gmail.com

^b Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.
correiodoleandro@gmail.com

Como citar: Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695)

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: 21/02/2018.
Aprovado em: 22/03/2018.

Resumen

La formación de médicos especialistas en Brasil se da por medio de la conclusión de un programa de residencia médica o por la realización de una prueba y obtención de un título de especialista. Son caminos paralelos y que a veces se superponen. Además, las instituciones responsables de estos respectivos modelos de formación de especialistas, que son la Comisión Nacional de Residencia Médica y la Asociación Médica Brasileña, no disponen de una base de datos unificada. En función de estos factores, siempre fue difícil definir con cierta precisión el número de médicos de familia y comunidad en el país. Con un cambio reciente en el sistema de información de la Comisión Nacional de Residencia Médica (SIS-CNRM) fue posible obtener información sobre certificados de terminación de residencia médica anteriores a la creación del sistema. A partir de esos datos del SIS-CNRM fue posible obtener el número actual de médicos de familia y comunidad en el país. El levantamiento de ese número, inédito para la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad, es un elemento esencial para planificar el crecimiento y el futuro de la especialidad en el país.

Palabras clave: Especialización; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria

Essa é uma das perguntas mais frequentes para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). E não é por acaso. O sistema de registros de especialistas no país é consideravelmente complexo, dificultando a obtenção fácil desse dado. Além disso, o próprio modelo de formação de especialistas, que admite caminhos diferentes supostamente chegando ao mesmo local, contribui para essa complexidade.¹ A saber, o certificado de conclusão de residência médica e o título de especialista emitido por uma sociedade científica de uma especialidade médica, título esse usualmente concedido por meio de realização de prova avaliando conhecimentos teóricos, têm o mesmo valor perante nossas entidades médicas. E, de fato, essa é uma pergunta de fundamental importância, pois o número de médicos de família e comunidade (e de outros especialistas) deve ser a base para se definir a política de formação de especialistas, definir estratégias de provimento de profissionais médicos para o sistema de saúde e, até mesmo, entender melhor o desempenho alcançado pelos nossos serviços de saúde.

Os certificados de conclusão de residência médica, emitidos pelas instituições que desenvolvem programas de residência, recebem registro no Ministério da Educação e são então entregues ao médico. Esses certificados não são submetidos ou registrados pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou pelas sociedades de especialidades.² Por sua vez, os títulos de especialistas são assinados pelos presidentes da AMB e da sociedade de especialidade em questão, mas não são submetidos ao Ministério da Educação.

Recomenda-se que ambos, certificado de conclusão de residência médica e título de especialista, sejam apresentados pelo médico ao seu Conselho Regional de Medicina (CRM) para registro. Entretanto, isso nem sempre é feito, de modo que os CRM e, por consequência, o Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõem apenas de registro parcial do número de especialistas no país.

Em 2013, o Governo Federal estabeleceu o Cadastro Nacional de Especialistas, no intuito de consolidar os dados sobre emissões de certificados de conclusão de residência médica e de títulos de especialistas.³ Esse sistema, entretanto, foi motivo de grande descontentamento das entidades médicas e encontra-se incipiente. Não há, portanto, uma fonte que disponha de dados completos sobre médicos especialistas no país.

A SBMFC filiou-se à AMB em 2002. A AMB é a entidade que congrega as sociedades científicas das especialidades médicas e mantém controladoria sobre o sistema de titulação de especialistas. Desde então, foram realizados 22 concursos para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). Tanto a AMB como a SBMFC têm controle do número de TEMFC emitidos desde

então. Considerando o último concurso com resultado homologado, são 2593 médicos com o título no país. Esse número, porém, se sobrepõe ao número de especialistas com residência médica, pois é relativamente comum que o médico que concluiu um programa de residência médica também faça a prova de título.

A residência médica no país se estabelece mediante um marco legal em 1981, embora já houvessem programas de residência anteriores a isso, inclusive em Medicina de Família e Comunidade (à época, Medicina Geral e Comunitária). O marco legal da residência médica estabelece a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), instituída no Ministério da Educação, como órgão máximo de governança, e a CNRM adota, nos últimos anos, um sistema de gerenciamento da residência médica no país, o SIS-CNRM. Até pouco tempo atrás, não era possível consultar com segurança dados de certificados de residência médica anteriores à criação do SIS-CNRM. Mas com o constante aperfeiçoamento do sistema, isso recentemente se tornou possível. Além disso, embora o SIS-CNRM seja de acesso restrito, a CNRM disponibilizou um link para consulta de certificados emitidos.

Assim, a SBMFC realizou levantamento do número de certificados de residência médica registrados no SIS-CNRM e elaborou um consolidado com os dados de títulos de especialista emitidos. No SIS-CNRM foram obtidos todos os registros de certificados de conclusão de residência em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral e Comunitária (nome adotado para a especialidade até 2002). Os nomes em duplicidade, que possuem certificado de residência médica e título de especialista, foram contabilizados apenas uma vez para se anular a sobreposição dos números. O resultado por ser visto no Quadro 1.

Quadro 1. Número de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, em 2017.

Certificados de conclusão de residência médica em Medicina Geral e Comunitária ou Medicina de Família e Comunidade*	3341
Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade**	2593
Total de médicos de família e comunidade no país (certificado de residência médica ou título de especialista)	5438

* Dados do SIS-CNRM, abrangendo o período de 1981 a 2017. ** Dados da SBMFC e AMB. Fonte: elaborado pelos autores

Os dados não incluem os certificados de residência em Medicina Geral e Comunitária emitidos antes de 1981. Como é de amplo conhecimento, já havia residências médicas na especialidade em alguns locais do país durante a década de 1970. Embora seja possível que egressos de programas de residência nesse período tenham obtido o TEMFC, devemos considerar que o número total de médicos de família e comunidade obtido nesse levantamento ainda contém algum grau imprecisão. Outra limitação do levantamento é o fato de que não se conhece o número exato de médicos já falecidos. Na impossibilidade de se obter esse número exato, optou-se por manter relacionados todos os médicos de família e comunidade. Portanto, não foram excluídos da relação os colegas cujos óbitos são notórios.

Com a elaboração dessa relação, torna-se uma responsabilidade a ação de mantê-la atualizada. É uma tarefa relativamente simples, que envolve a assimilação à atual lista dos novos titulados, a cada edição do concurso para obtenção do TEMFC, e dos egressos dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, ao término de cada ano letivo no calendário da CNRM. Nota-se ainda que seria possível, e de grande relevância, que o CFM estabelecesse um banco de dados semelhante, para todas as especialidades médicas, em âmbito nacional. Isso poderia ser feito a partir de solicitação de atualização dos dados profissionais no momento de pagamento da anuidade do conselho.

Por fim, esse diagnóstico nos mostra que o número de médicos de família e comunidade no país ainda é pequeno (menos de 2% do total de médicos), muito aquém do que seria necessário para a qualificação dos nossos serviços de atenção primária à saúde. Por consequência, nota-se a grande importância de políticas de fomento à formação de médicos de família e comunidade, incluindo a expansão das vagas de residência médica na especialidade, os incentivos para a ocupação dessas vagas e a inserção da especialidade nos cursos de graduação em medicina.

Referências

1. Scheffer M, coord. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015. 284 p.
2. Brasil. Lei Federal nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1981.
3. Brasil. Lei Federal 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, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2013.

Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) que avaliaram manuscritos em 2018

Thiago Dias Sarti¹, Leonardo Ferreira Fontenelle¹

¹ Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

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 2018, dedicando horas voluntariamente para a emissão de pareceres técnicos sobre manuscritos submetidos a esta revista.

1. Adriana Esteves Rabello/Universidade Vila Velha (UVV)
2. Adriana Valéria Assunção Ramos/Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
3. Airton Tetelbom Stein/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS
4. Aldaísa Cassanho Forster/Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP
5. Alessandro da Silva Scholze/Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
6. Alessandro Leite Cavalcanti/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
7. Amaury Lelis Dal-Fabbro/Universidade de São Paulo (USP)
8. Ana Claudia Pinheiro Garcia/Universidade Federal do Espírito Santo
9. Ana Cristina Vidor/Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF)
10. Ana Lucia Soares Camargo Fagundes/Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)
11. Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto/Universidade Cidade de São Paulo - UNICID
12. Armando Henrique Norman/Universidade de Durham
13. Bruno José Barcellos Fontanella/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP
14. Caren Serra Bavaresco/Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
15. Carlos André Aita Schmitz/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
16. Charles Dalcanale Tesser/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC e Universidade de Coimbra

Como citar: Sarti TD, Fontenelle LF. Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) que avaliaram manuscritos em 2018. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1949](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1949)

17. Clécio Homrich da Silva/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
18. Cynthia Goulart Molina-Bastos/Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
19. Daniel Almeida Gonçalves/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
20. Daniel Knupp Augusto/UNIMED, Belo Horizonte, MG
21. Daniela Dallegrove/Universidade Federal de Goiás
22. Débora Teixeira/Programas de Residência (ENSINO)
23. Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira/Coordenadora do Programa de Residência Médica de MFC da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo
24. Deoclecio Avigo/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Campus SP
25. Diana de Oliveira Frauches/Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
26. Diego José Brandão/Universidade Vila Velha (UVV)
27. Donovan Casas Patiño/Centro Universitario Amecameca de la Universidad Autnoma del Estado de Mexico y Medico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social
28. Eduardo Bertol/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
29. Elson Romeu Farias/Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
30. Eno Dias de Castro Filho/Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil
31. Fernanda Pereira de Paula Freitas/Faculdade de Medicina da UFRJ
32. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado/Universidade do Porto, Portugal/Pesquisador Convidado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil/Professor Pesquisador Bolsista - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais- Campus Muzambinho - CEAD/e-tec/FNDE/MEC
33. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
34. Francisco Rogerlândio Martins de Melo/Universidade Federal do Ceará (UFC)
35. Giannina do Espírito-Santo/Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)
36. Gustavo Diniz Ferreira Gusso/Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP
37. Hernâni Pombas Caniço/Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
38. Hilmar Dias Ricardo/UERJ-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
39. Isanete Geraldini Costa Bieski/Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
40. Jacques Madean Lira da Silva/Governo do Estado do Piauí
41. Jeruza Lavanholi Neyeloff/Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS)
42. João Werner Falk/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS

43. Juan Gérvas/Equipo CESCO, Madrid
44. Leonardo Cançado Monteiro Savassi/Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
45. Leonardo Moscovici/Universidade de São Paulo
46. Lourdes Luzón Oliver/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)
47. Lucas Alexandre Pedebôs/Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF)
48. Luciane Loures dos Santos/Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP
49. Luciano Nader/Hospital São Paulo/Programa Mais Médicos da Casa de Saúde Santa Marcelina/Universidade Cidade de São Paulo
50. Luís Antônio Benvegnú/Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI)
51. Luis Pisco/Coordenação dos cuidados (SISTEMAS DE SAÚDE)
52. Luiz Miguel Santiago/Universidade da Beira Interior (UBI)
53. Magda Moura de Almeida/Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
54. Marcello Dala Bernardina Dalla/Universidade Vila Velha (UVV)
55. Mario Maia Bracco/Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE). São Paulo, SP
56. Marlos Suenney de Mendonça Noronha/Universidade Federal de Sergipe (UFS)
57. Melanie Noël Maia/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)
58. Mellina Izecksohn/Departamento de Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Organização da Prática (Centro De Saúde)
59. Mírian Santana Barbosa/Ministério da Educação, MEC, Brasil
60. Nelson Robson Mendes de Souza/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ
61. Nilson Massakazu Ando/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA)
62. Omaira Flores Martínez/Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA) Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Colegio Universitario de Enfermería Centro Médico de Caracas
63. Patricia Sampaio Chueiri/Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica (DAB)
64. Patricia Taira Nakanishi/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF)
65. Renata Alves de Souza Paluello/Hospital Israelita Albert Einstein
66. Renata Cereda Cordeiro/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
67. Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

68. Roberta Alvarenga Reis/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS
69. Rodrigo Caprio Leite de Castro/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil
70. Rodrigo Chávez Penha/Universidade Federal de São João Del-Rei
71. Rodrigo Luciano Bandeira de Lima/Prefeitura Municipal de Recife (PMR)
72. Rodrigo Macedo Pacheco/Residência em Medicina de Família e Comunidade, Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza.
73. Rogerio Luz Coelho/Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEPAR)
74. Rosália Garcia Neves/Universidade Federal de Pelotas
75. Rosana Pimentel Correia Moysés/Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
76. Rosangela Ziggotti Oliveira/Universidade Estadual de Maringá (UEM)
77. Sandra Maria Spedo/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
78. Sergio Antonio Sirena/Grupo Hospitalar Conceição (GHC)/Fundação Universidade de Caxias do Sul
79. Tânia de Araujo Barboza/Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
80. Thiago Rodrigues de Amorim/Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS) Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)
81. Ubiratan Adler/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
82. Valéria Ferreira Romano/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
83. Yuji Magalhães Ikuta/Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Errata

No artigo “**Prevenção quaternária: primeiro não causar dano**”, com número de DOI: “[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064)”, publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, versão em português, na página 1, Figura 1: Onde se lia: “sente-se bem” leia-se “sente-se mal” e vice-versa.

No artigo “**Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade**” com número de DOI: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712)”, publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, na página 1, Parecer do CEP : Onde se lia: “2.270.572 (PMF), aprovado em 12/09/2017” leia-se “2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017”.