

# A DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA 15ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

THE DECENTRALIZATION OF THE COMPONENT SPECIALIZED OF THE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE AT 15TH REGION OF HEALTH IN THE CEARÁ STATE

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL COMPONENTE ESPECIALIZADO DE LA ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN LA 15ª REGIÓN DE SALUD DEL ESTADO DEL CEARÁ

1. Universidade Federal do Ceará  
2. 15ª Regional de Saúde do Estado do Ceará

## RESUMO

**Objetivos:** Analisar a implantação do Programa de descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na 15ª CRES (Coordenadoria Regional de Saúde) do Estado do Ceará.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de experiência, com análise do fluxo de implantação do programa no ano de 2009, que iniciou com 18 processos ativos (pacientes cadastrados) até seu funcionamento pleno no ano de 2013 com 709 processos cadastrados. A coleta de dados foi realizada através dos programas SISMEDEX e Hórus Especializado.

**Resultados:** As maiores das dificuldades encontradas foram os critérios de inclusão que exigem o cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde e a dificuldade que os municípios de pequeno porte enfrentam pela escassez de médicos especialistas, já que algumas CID's (Classificação Internacional de Doenças) exigem que o LME (Laudo Médico Especializado) e a prescrição médica sejam preenchidos por médico especialista, tanto para o cadastro como para a renovação da continuidade do tratamento.

**Conclusões:** A implantação do programa de descentralização do CEAF na 15ª CRES elevou o número de pacientes cadastrados de 18 para 709 nos primeiros quatro anos de implantação.

**Descritores:** Assistência Farmacêutica, Componente Especializado, Descentralização.

## ABSTRACT

**Aim:** Analyze the decentralization program of the Specialized Component of Pharmaceutical Services (SCPS) of the 15th RHC (Regional Health Coordination).

**Method:** This is an experience report, analyzing the flow of program implementation in the year 2009, which began with 18 processes to its full operation in 2013 with 709 processes registered. Data collection was conducted through programs SISMEDEX and Hórus Especializado.

**Results:** The majors problems were the inclusion criteria requiring compliance with the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (CPTG) published by the Ministry of Health and the difficulty that small municipalities face the shortage of medical specialists, as some ICD's (International Classification of Diseases) requires that the SMC (Specialized Medical Certificate) and prescription drugs are filled by medical expert, both for registration and for the renewal of continuity of care.

**Conclusions:** The implementation of the program decentralization of SCPS in the 15th CRES increased the number of patients registered from 18 to 709 in the first four years of implementation.

**Descriptors:** Pharmaceutical Assistance, Specialized Component, Decentralization.

Recebido em: 23/01/2014  
Aceito em: 15/02/2015

## RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la ejecución del programa de descentralización del Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (CEAF) en la 15ª CRES (Coordinadora Regional de Salud) del Estado del Ceará.

**Materiales y métodos:** Se trata de un relato de experiencia, con análisis del flujo de implantación del programa en el año de 2009, que inició con 18 procesos activos hasta su pleno funcionamiento en el año de

Autor correspondente:  
Antonio Adailson de Sousa Silva  
Universidade Federal do Ceará  
E-mail:  
adailsonbio@yahoo.com.br

2013 con 709 procesos catastrados. La recopilación de datos fue realizada a través de los programas SISMEDEX y Hórus Especializado.

**Resultados:** Las mayores dificultades encontradas fueran los criterios de inclusión que exigen el cumplimiento de los Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas (PCDT) publicados por el Ministerio de Salud y la dificultad de que los municipios pequeños enfrentan por la escasez de médicos especialistas, ya que algunas CIE's (Clasificación Internacional de Enfermedades) requieren que el LME (Laudo Médico Especializado) y la receta médica sean rellenados por el médico especialista, tanto para el catastro como para la renovación de la continuidad del tratamiento.

**Conclusión:** La implantación del programa de descentralización del CEAF en la 15ª CRES superó las dificultades enfrentan y aumentó el número de pacientes registrados de 18 para 709 en los primeros cuatro años de ejecución.

**Descriptor:** Asistencia Farmacéutica, Componente Especializado, Descentralización.

## INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacéutica (AF) é um programa essencial de serviços de atenção à saúde do cidadão. Pois muitas vezes, a estratégia terapêutica para a recuperação do paciente ou redução dos riscos da doença e agravos necessita da utilização de algum tipo de medicamento, sendo este, elemento essencial para efetividade do processo de atenção à saúde. Nesse contexto, o direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira na Constituição só se concretiza em sua plenitude mediante o acesso do paciente ao medicamento<sup>1</sup>.

A AF, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos<sup>2,3</sup>. Ultimamente, a AF no SUS vem sendo considerada uma estratégia fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso da população aos medicamentos e está sendo implementada de forma articulada pelos municípios, estados e União. As ações da AF estão divididas em três Componentes: Componente Básico da Assistência Farmacéutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacéutica e Componente Especializado da Assistência Farmacéutica (CEAF). O CEAF foi construído a partir da necessidade da ampliação do acesso aos medicamentos e da necessidade da ampliação de cobertura do tratamento medicamentoso para outras doenças importantes do ponto de vista clínico-epidemiológico<sup>4</sup>.

A construção do CEAF ocorreu de forma articulada com a revisão do Componente Básico da Assistência Farmacéutica e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esse trabalho articulado qualificou o elenco de medicamentos dos dois Componentes, na medida em que foram excluídas as sobreposições e realizadas incorporações de medicamentos para garantir a integralidade do tratamento medicamentoso na forma de linhas de cuidado, definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para as doenças inseridas no CEAF. O PCDT foi divulgado pelo Ministério da Saúde em 2002 com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, critérios de inclusão e exclusão. Nesta ocasião 30 agravos foram contempladas<sup>5</sup>.

Em 27 de outubro de 2006, com a publicação da portaria GM/MS nº 2.577, houve a regulamentação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, que definiu a lista de medicamentos, as doenças para as quais os medicamentos são contemplados, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), normas de acesso ao programa, assim como a inclusão de novos medicamentos e novos agravos contemplados pelo programa<sup>4</sup>. Em 26 de novembro de 2009 com a publicação da portaria GM/MS n. 2.981 a denominação do Componente Medicamento de Dispensação Excepcional passou a ser denominada de Componente Especializado da Assistência Farmacéutica<sup>5</sup>.

O CEAF dispõe de um elenco de medicamentos destinados ao tratamento de agravos específicos que atingem um número limitado de usuários, representados pelos transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia, doença de Alzheimer, entre outros<sup>4</sup>. Os medicamentos contemplados pelo programa do CEAF são selecionados de forma a contribuir com a resolutividade terapêutica, no custo-benefício dos tratamentos, fundamentados em critérios técnicos, científicos,

administrativos e legais<sup>6</sup>, possuem características próprias e critérios específicos de inclusão, que estabelecem que o usuário tenha que apresentar uma série de documentos e exames para permitir o seu cadastro no sistema que gerencia o programa<sup>7</sup>.

No entanto, mesmo com todos esses avanços, os programas de atenção à saúde ainda encontram algumas barreiras que dificultam o acesso do paciente, como as barreiras geográficas, que destacam a importância da descentralização dos programas de assistência. A descentralização é a transferência em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas<sup>8</sup>. Com a descentralização pretende-se que os pacientes sejam tratados no local em que vivem. A ideia, portanto, é evitar que as pessoas façam grandes deslocamentos no afã de realizarem tratamento de saúde<sup>4</sup>.

A AF, quando começou a ser trabalhada como política pública, adotava um modelo de gestão centralizado<sup>2</sup>. Posteriormente, a descentralização da AF consistiu na melhoria do acesso do paciente ao medicamento. No entanto, o CEAF continua centralizado ainda em algumas regiões. O objetivo desse estudo foi avaliar o programa de descentralização do CEAF na 15ª Região de Saúde, Crateús, Ceará.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no município de Crateús, distante cerca de 380 km da capital do Estado do Ceará, Fortaleza. A escolha do local de estudo foi realizada por conveniência, uma vez que um dos autores trabalha na Regional de Saúde da referida cidade. Trata-se de um relato de experiência vivenciado na 15ª Região de Saúde, realizado através de metodologia observacional e descritiva. Portanto, uma análise exploratória simples. A 15ª Região de Saúde é composta pelos municípios de Ararendá, Crateús, Independência, Ipueiras, Ipaoranga, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril.

Nestes 11 municípios que integram a Região de Crateús residem 302.148 habitantes. O município de Crateús é classificado como município pólo, com 75.249 habitantes, área de 3.636.213,1km<sup>2</sup>, densidade demográfica que varia entre 7,95 e 41,69 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010)<sup>9</sup> assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média Complexidade.

Para avaliação da implantação do Programa de Descentralização do CEAF, utilizou-se como técnica para coleta de dados, o acesso aos registros nos sistemas SISMEDEX (sistema que gerenciou o CEAF até o início de 2012)<sup>10</sup> e Hórus especializado (sistema que gerencia o CEAF de 2012 aos dias atuais)<sup>11</sup>.

As variáveis de análise foram: aumento no número de usuários beneficiados e aumento significativo da demanda de medicamentos. Os dados foram analisados através dos relatórios de entrada e saída de medicamentos e através das planilhas mensais de cadastro e renovação de processos. Sendo esses dois últimos realizados através das plataformas dos SISMEDEX e Hórus Especializado.

Quanto à avaliação dos benefícios e dificuldades encontrados na implantação do programa de descentralização do CEAF, esses dados foram analisados a partir da realização de Câmaras Técnicas. Câmaras Técnicas são encontros realizados com a presença dos farmacêuticos dos 11 Municípios e de técnicos da Coordenadoria da AF da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - COASF/SESA. São realizadas na 15ª Região de Saúde com uma periodicidade mensal. A presente pesquisa foi

realizada perante autorização da Coordenação da 15ª Região de Saúde do Estado do Ceará.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2009, com a publicação da portaria Nº 2981<sup>12</sup> que regulamenta e aprova, no âmbito do SUS o CEAF e diante da impossibilidade da implantação do programa na 15ª Região de Saúde, naquele momento, os usuários tinham que se deslocar para os Municípios de Sobral e Fortaleza, onde se cadastravam e recebiam a medicação prescrita. Com o aumento da demanda e as dificuldades de locomoção dos usuários, a 15ª Região a partir de junho de 2010 firmou uma parceria com a Macrorregião de Sobral, viabilizando o acesso do paciente ao medicamento do Componente Especializado, que na época iniciou com 18 pacientes.

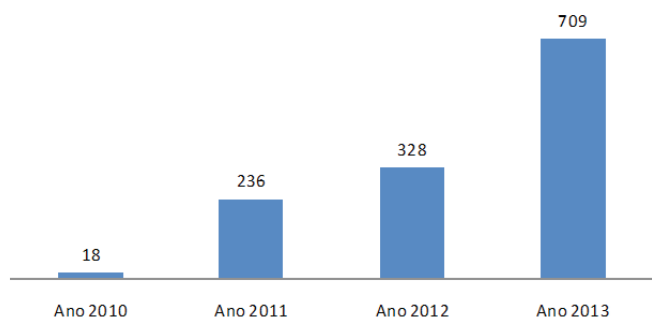
Em dezembro de 2011 com um elevado número de processos (236 cadastros ativos) a 15ª CRES se desligou da macrorregião de sobral e em janeiro de 2012 implantou o programa de descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na 15ª Região de Saúde. Em março de 2012 começou a atender sua própria demanda.

Muitos desafios foram enfrentados, pois o sistema informatizado utilizado pela macrorregião de Sobral na época era o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)<sup>13</sup> que não cobrava os procedimentos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, Disponíveis no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde<sup>14</sup>. Já o sistema de gerenciamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica naquele ano (SISMEDEX)<sup>10</sup>, estabelecia que os medicamentos contemplados por este programa só deviam ser dispensados para pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos nos respectivos PCDT's. Esta mudança gerou certo desconforto entre os pacientes e os farmacêuticos dos municípios, pois alguns usuários já vinham sendo atendidos sem a necessidade da apresentação dos tais exames e para atender uma exigência do programa, teriam que ser cadastrados como novos usuários e teriam que apresentar todos os exames exigidos nos PCDT's, que estão listados no Portal da Saúde do Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

Outras dificuldades encontradas foram as peculiaridades dos municípios de pequeno porte da 15ª Região de Saúde tais como: dificuldades no acesso a consultas e exames especializados que confirmem o diagnóstico e a escassez de /profissionais especializados, complicando o acesso dos usuários ao medicamento, pois dependem deste especialista tanto para dar entrada como para renovar o processo de continuidade do tratamento. Vale ressaltar que o preenchimento incorreto e incompleto da documentação obrigatória resultava em devoluções de processos e indeferimentos, atrasando a resolutividade do serviço.

Em junho de 2012 foi implantado o Hórus especializado<sup>11</sup>, novo sistema responsável pelo gerenciamento do CEAF na 15ª CRES, assim como em todos os 11 municípios da regional, melhorando o fluxo e aumentando o número de pacientes beneficiados totalizando 709 cadastros no programa no ano de 2013, oportunizando aos usuários atendimentos em seu próprio município de residência (figura 1).

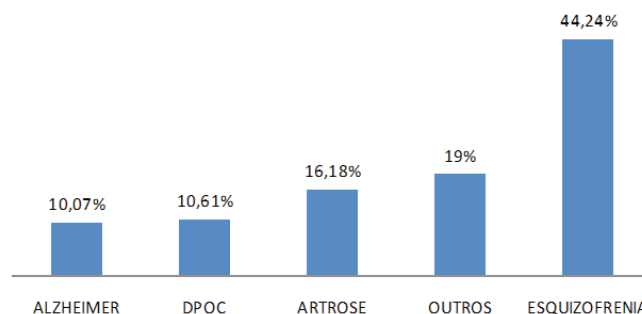
Figura 1: Fluxo de cadastro de pacientes de acordo com o ano



Percebe-se a partir destes dados, que a implantação do programa de descentralização do CEAF aumentou de forma significativa o número de processos ativos (pacientes cadastrados no programa). No ano de 2010, havia apenas dezoito cadastros ativos no sistema. No ano seguinte, houve um grande aumento no número de pacientes cadastrados, elevando-se esse número para 236. No entanto, de 2011 para 2012 o número de cadastros ativos aumentou, mas de forma moderada, totalizando 328 cadastros ativos. No ano seguinte, 2013, esse número mais que dobrou, chegando a 709 cadastros ativos.

Outro fator analisado se refere as doenças e agravos mais recorrentes nos pacientes que se encontram cadastrados na 15ª microrregional de saúde. De acordo com os cadastros efetuados, as doenças e agravos mais recorrentes são: as esquizofrenias, as artroses, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Doença de Alzheimer (DA) entre outras (figura 2).

Figura 2: Doenças e agravos mais ocorrentes.



A esquizofrenia destaca-se como principal doença que acomete os pacientes beneficiados pelo CEAF, representando 44,24% dos casos. De acordo com Lindner et al. (2009)<sup>15</sup>, a esquizofrenia é uma patologia crônica com grande impacto negativo na vida do paciente. Por outro lado, doenças neurológicas e/ou psicológicas como esta, dificultam a adesão do paciente ao tratamento e muitas vezes a dificuldade de acesso aos fármacos, como distância entre o posto de AF e sua residência contribui ainda mais para a não adesão ao tratamento.

A artrose ou osteoartrite (OA) por sua vez, é um distúrbio musculoesquelético predominantemente insidioso, progressivo e lento, que afeta as articulações das mãos, coluna, quadril e joelho. É o distúrbio articular mais comum e afeta de 6% a 12% da população adulta e mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade<sup>16</sup>. A DPOC manifesta-se por obstrução crônica e progressiva do fluxo respiratório, devido a uma inflamatória anômala das vias aéreas e do parênquima pulmonar em resposta a partículas e gases tóxicos. A DPOC afeta cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo<sup>17</sup>. A DA é caracterizada por declínio de memória juntamente com outro déficit em domínio cognitivo como linguagem, visual, espacial ou executivo, suficiente para interferir socialmente com o indivíduo. Ocasionalmente causa um grande sofrimento para os pacientes e familiares, por apresentar incapacidade e dependência, gerando ansiedade, depressão e cuidados especiais<sup>18</sup>. Logo, a artrose, a DPOC e a doença de Alzheimer, assim como a esquizofrenia, dificultam de alguma maneira a locomoção do paciente e consequentemente o acesso aos serviços de saúde.

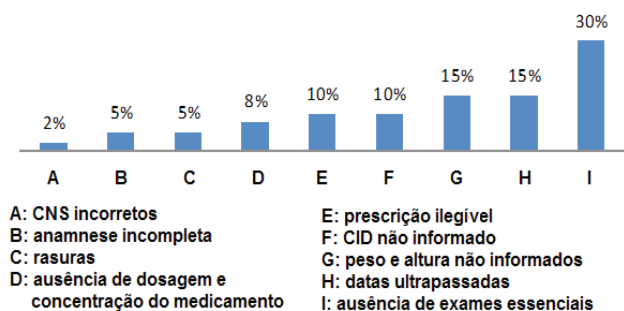
Portanto, a descentralização do CEAF é de grande relevância para o tratamento destes pacientes, por facilitar o acesso ao medicamento. Este fato pode justificar em parte o elevado aumento de cadastros ativos depois da descentralização do CEAF.

No ano de 2012, com a implantação do Hórus Especializado<sup>11</sup>, várias câmaras técnicas foram realizadas, com a presença dos farmacêuticos dos 11 Municípios e de técnicos da Coordenadoria da AF da Secretária de Saúde do Estado do Ceará - COASF/SESA, que realizaram capacitação e o saldo de implantação, agilizando o processo.

A realização destas câmaras técnicas, na 15ª Região de Saúde acontece com periodicidade mensal e tem sido de fundamental importância para melhorar o fluxo de informação e o grau de comprometimento

dos profissionais envolvidos. Muitos são os temas discutidos, desde problemas relacionados com o sistema até o estudo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que estão sempre em processo de atualização. Outro assunto muito debatido nas câmaras técnicas é o indeferimento de LMEs (Laudos de Solicitação de Medicamentos) por conta do preenchimento incorreto, que ocorria por diversas falhas. Estas variavam entre nº do CNS do paciente e do médico prescritor incorretos, anamnese incompleta, rasuras, ausência de dosagem e concentração do medicamento, prescrição ilegível, CID não informado, peso e altura não informados, datas fora do prazo e ausência de exames essenciais (figura 3). Problemas de fácil resolução que foram solucionados através destas reuniões.

Figura 3: Percentagem de ocorrência dos problemas já solucionados pela continuidade das Câmaras Técnicas.



Antes da realização destas reuniões observava-se maior dificuldade no preenchimento dos LMEs e os documentos necessários para dar entrada no cadastro. Com a implantação das câmaras técnicas, houve uma mudança considerável nesse quesito, já que com o programa atual, muitas vezes o farmacêutico senta com o prescritor para orientá-lo no preenchimento das informações necessárias, principalmente das descrições clínicas detalhadas dos sinais e sintomas da doença que deverão obedecer aos critérios de inclusão dos PCDT's e quando o LME está preenchido incorretamente, devolvem ao paciente, já com as devidas orientações para que este leve para o prescritor efetuar a correção.

Por conta da continuidade destas câmaras técnicas, observou-se maior aproximação, laços de amizade e maior compromisso na realização dos trabalhos. Um fator determinante tem sido a continuidade destes mesmos profissionais à frente da assistência farmacêutica do Município de Crateús.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do programa de descentralização do CEAF na 15ª CREŚ superou as dificuldades enfrentadas e elevou o número de pacientes cadastrados de 18 para 709 nos primeiros quatro anos de implantação. No entanto, devido ao crescimento exponencial do número de pacientes cadastrados e beneficiados pelo CEAF e as exigências burocráticas do sistema de gerenciamento HORUS ESPECIALIZADO, faz-se necessário um gerenciamento cada vez mais eficaz por parte dos gestores e profissionais de saúde, para que o acesso dos pacientes ao medicamento especializado não seja comprometido.

## REFERÊNCIAS

1. Picon PD, Beltrame A. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/05\\_protocolos.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/05_protocolos.pdf)>. Acesso em: 10 outubro 2013, 02h30.
2. Brasil. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Diário Oficial da União, Brasília; 1971.

3. Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil, 2000. 215p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2010; 262 p.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, Brasília, 2004; 64 p.
6. Vitória KS. Análise de indicadores do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional no Brasil entre 2007 e 2009. 2011. Monografia (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011.
7. Dantas NS, Silva RR. Medicamentos excepcionais. - Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2006, 90 p.
8. Cretella Júnior J. Comentários à Constituição - 1988. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1ª ed. 1993; VIII: 4.346.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230410&search=ceara|crateus|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 4 novembro 2013, 23h00.
10. SISMEDEX, 2013. Disponível em <<http://sismeddex.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 3 março 2013, 19h30.
11. HORUS ESPECIALIZADO, 2013. Disponível em <<http://scaweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 dezembro 2013, 10h00.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diaf, SC, 26 nov. 2009. Portaria nº 2981 (26/11/2009): componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF). Redefinição do programa de medicamentos especializados. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm>>. Acesso em: 10 outubro 2013, 15h20.
13. DATASUS, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 12 julho 2012, 11h00.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor>>. Acesso em: 27 janeiro 2015, 12h30.
15. Lindner LM, Marasciulo AC, Farias MR, Grohs GEM. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 2009,43(Supl.1):62-69.
16. Fellet A, Fellet AJ, Fellet L. Osteoartrose: Uma Revisão. Rev Bras Med, 2007, 64:55-61.
17. Rabahi MF. Epidemiology of COPD: Facing Challenges. Pulmão RJ, 2013, 22(2):4-8.
18. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Alzheimer's disease: an epidemiology and diagnosis review. Rev Bras Clin Med, 2009, (7):27-35.