PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
(PUC/SP/FCMS)

Adriano Chiereghin

Análise das Condições para Diagnóstico de Doenças Reumáticas na Atenção Básica de Saúde na Cidade de Sorocaba-SP

Mestrado Profissional em Educação para Profissões da Saúde

Sorocaba

2013

Adriano Chiereghin

Análise das Condições para Diagnóstico de Doenças Reumáticas na Atenção Básica de Saúde na Cidade de Sorocaba-SP

Mestrado Profissional em Educação para Profissões da Saúde

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP/FCMS), como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em educação, sob a orientação do Prof. Dr. José Eduardo Martinez.

Sorocaba

2013

Bibliotecário Responsável: Antonio Pedro de Melo Maricato CRB-8 / 6922

C533 Chiereghin, Adriano.

Análise das condições para diagnóstico das doenças reumáticas na atenção básica de saúde na cidade de Sorocaba-SP / Adriano Chiereghin. – Sorocaba, 2013.

114f. ; 29cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Programa de Educação nas Profissões da Saúde.

Orientador: Martinez, José Eduardo.

1. Doenças Reumáticas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Médica Continuada. I. Título.

CDD 610.711

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus pais, grandes incentivadores do meu desenvolvimento pessoal e profissional e a Raquel, minha querida companheira de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo e em primeiro lugar, pois sem sua vontade nada seria possível.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Eduardo Martinez, pela oportunidade de desenvolver este projeto de estudo.

À Profª. Dra. Raquel Aparecida Oliveira e ao Prof. Dr. Gilberto S. Novaes, pela decisiva contribuição na qualificação deste trabalho.

À Profª. Dra. Gisele Regina de Azevedo, pela valiosa orientação.

Aos colegas da primeira turma do curso de mestrado profissional da PUC-SP /FCMS.

Aos professores desse curso de mestrado, do qual tive o prazer e a honra de ser aluno.

A todos os profissionais médicos, coordenadores de unidades de saúde e representantes da Prefeitura Municipal de Sorocaba/Secretaria da Saúde, por terem participado deste projeto.

A todos que, de alguma forma e em algum momento de minha vida acadêmica, contribuíram para que este projeto se realizasse.

RESUMO

Chiereghin, A. Análise das Condições para Diagnóstico de Doenças Reumáticas na Atenção Básica de Saúde na Cidade de Sorocaba-SP.

Objetivos: O estudo teve como principal meta definir o perfil do profissional que atende no setor primário de saúde na cidade de Sorocaba, e analisar o meio em que este está inserido, tentando identificar se há condições para o atendimento de doenças reumáticas de baixa complexidade e os possíveis motivos que levariam a um alto grau de encaminhamento aos especialistas**. Métodos:** Realizamos um estudo quanti-qualitativo no qual médicos da atenção básica de saúde foram convidados a responder à um questionário que abordava aspectos pessoais do profissional, além de técnicos de quatro doenças reumáticas: osteoartrite, gota, fibromialgia e osteoporose as quais serviram de base para avaliar o atendimento a doenças de baixa complexidade nas UBSs**. Resultados**: Observou-se que o profissional encontra-se inserido num sistema organizacional que dificulta sua atuação; além disso, perceberam-se certas dificuldades pessoais técnicas. Essas condições somadas acabam por serem fatores que determinam uma qualidade de atendimento aquém da esperada. **Conclusão:** É necessário que haja uma revisão de como a educação médica se dá, a fim de buscar uma formação mais qualificada e voltada às necessidades básicas do sistema de saúde além de uma reestruturação de todo sistema de saúde do ponto de vista de organização e gestão, para que haja uma condição adequada para o desenvolvimento de uma boa prática médica e, consequentemente, uma boa prestação de serviço à população.

Palavras chave: Doenças reumáticas, Atenção primária de saúde, Educação médica continuada

ABSTRACT

Chiereghin, A. Analysis of Conditions for Diagnosis of Rheumatic Diseases in Primary Health Care in the City of Sorocaba-SP.

Objectives: The study had as main goal to define the professional profile that serves the primary health sector in the city of Sorocaba, and analyze the way in which it is inserted, to identify if there are conditions for the care of rheumatic and low complexity diseases and the possible reasons that would lead to a high degree of referral to specialists. **Methods:** We performed a quantitative and qualitative study in which doctors from primary health care were invited to answer a questionnaire that addressed personal aspects of professional technicians plus four rheumatic diseases: osteoarthritis, gout, fibromyalgia and osteoporosis which served as the basis for evaluating the care of diseases of low complexity in primary health care. **Results:** It was observed that the professional is housed in an organizational system that hinders its performance; furthermore, it was noticed certain personal technical difficulties. These conditions combined turn out to be factors that determine a quality of care that falls short of expected. **Conclusion:** It is necessary that there be a review of how medical education is given in order to seek a more qualified and dedicated training to the basic needs of the health system and a restructuring of the entire health system in terms of organization and management so that there is a suitable condition for the development of a good medical practice and hence provide a fine service to the public.

Key words: Rheumatic diseases, primary health care, Continuing medical education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pontos dolorosos a serem pesquisados no diagnóstico de Fibromialgia, segundo os critérios ACR – 1990.....39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Porcentagem de dificuldade e facilidade na condução das doenças.....53

Quadro 2- Estratificação por porcentagem de acerto.....54

Quadro 3- Respostas por aspectos individualizados das doenças.....55

Quadro 4- Porcentagem de acerto por doença, segundo tempo de formado.....57

Quadro 5- Valores de *p* para cada aspecto de doença.....57

Quadro 6- Porcentagem de acerto por doença, segundo o tipo de formação.....58

Quadro 7- Valor de *p* para cada aspecto de doença.....58

Quadro 8- Eixos temáticos da análise qualitativa.....70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios para diagnóstico de OA de Joelhos – ACR 34

Tabela 2 - Critérios para diagnóstico de OA de Quadril – ACR 34

Tabela 3 - Critérios para diagnóstico de OA de Mãos – ACR.....35

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR – Colégio Americano de Reumatologia

AR – Artrite Reumatoide

AMEs – Ambulatório Médico de Especialidades

DO – Densitometria Óssea

ESC – Esclerodermia

FM – Fibromialgia

GM – Gabinete do Ministro

IMC – Índice de Massa Corporal

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

NTC – Número Total de Consultas

OA – Osteoartrite

OMS – Organização Mundial de Saúde

OP – Osteoporose

PM – Polimiosite

PR – Polimialgia Reumática

RPM – Reumatismo de Partes Moles

SBDENS – Sociedade Brasileira de Densitometria

SOBEMOM – Sociedade Brasileira para Estudo do Metabolismo Ósseo e Mineral

SS – Síndrome de Sjogren

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

VASC – Vasculites

SUMÁRIO

1 Introdução....23
1.1 As motivações e a escolha da pesquisa....23
1.2 Contextualização....24
1.3 Considerações técnicas....32
1.3.1 Osteoartrite....32
1.3.2 Gota....35
1.3.3 Fibromialgia....37
1.3.4 Osteoporose....41
2 Objetivos....45
2.1 Objetivo geral....45
2.2 Objetivos específicos....45
3 Material e Métodos....47
3.1 Aspectos Éticos....47
3.2 Casuística....47
3.2.1 Critérios de inclusão....47
3.2.2 Sujeito da pesquisa....47
3.3 Métodos....48
3.3.1 Período e modo de coleta dos dados....48
3.3.2 Instrumento de coleta de dados....49
4 Resultados....51
4.1 Perfil sóciodemográfico....51
4.2 Perfil de atendimento....52
4.3 Perfil do conhecimento técnico....54
4.3.1 Estratificação por porcentagem de acertos por doenças e total....54
4.3.2 Respostas por aspectos individualizados das doenças....55

4.3.3 Respostas por definição de grupos 56
4.3.3.1 Grupo por tempo de formação 56
4.3.3.2 Grupo por tipo de formação 58
4.4 Resultados da avaliação qualitativa 59
5 Discussão 71
6 Conclusão 77
Referências 79
Apêndices 83
A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 84
B: Carta aos colegas médicos assistentes das UBSs 85
C: Carta aos coordenadores de Unidade Básica de Saúde 86
D: Questionário instrumento de coleta de dados 87
E: Termo justificativo para alteração de titulo 96
Anexos 97
A: Comitê de Ética em Pesquisa: Aprovação do projeto 98
B: Transcrição das respostas qualitativas 99
C: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina 105

1 Introdução

1.1 As motivações e a escolha da pesquisa

Os motivos que levam um profissional a buscar a continuidade dos estudos são os mais variados possíveis. Alguns buscam a realização pessoal; outros, uma forma de ampliar sua formação na busca incessante pelo conhecimento e pela descoberta; outros, ainda, são motivados pelas possibilidades profissionais que se ampliam com a evolução do conhecimento.

Devo admitir que minhas motivações são um misto de cada um desses fatores. A possibilidade que se apresentou a mim de cursar esse programa proporcionou-me alinhar necessidades pessoais e poder, de certa forma trazer uma contribuição à sociedade. As linhas da pesquisa foram amadurecendo na medida em que o curso se desenrolava. Porém, desde o início era certo que havia questões práticas, as quais me incomodavam desde os primeiros anos de atuação profissional e que, após a efetiva atuação como especialista, tornaram-se algo muito significativo.

É bastante nítido que nosso sistema de saúde ainda necessita de muitos ajustes. Talvez por ser relativamente novo, ainda não conseguiu se adequar às necessidades da sociedade, portanto é cada vez mais importante identificar e corrigir falhas, e os estudos acadêmicos possibilitam, de forma convincente, dar subsídios para ações de melhorias.

Acredito que este trabalho, além de todo o valor pessoal, possui uma contribuição para a saúde de forma geral, pois busca uma melhora da assistência médica prestada, procurando identificar possíveis falhas e dando subsídios para que futuros trabalhos e ações práticas possam corrigir e melhorar a assistência para a comunidade, objetivo principal deste estudo.

1.2 Contextualização

A partir da Constituição de 1988, o Brasil mudou a maneira de promover saúde, que passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Isto foi possível com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), que tinha e tem como concepção um acesso universalizado, descentralizado e hierarquizado, possibilitando transferir aos municípios o poder de gestão da saúde, mutuamente com a participação popular e com o auxílio de recursos federais[1,2,3].

O processo de hierarquização supracitado refere-se a uma divisão de níveis de atenção baseada na complexidade do caso. Divide-se, então, em atenção primária, na qual temos o primeiro nível de acesso para casos de baixa complexidade e para fortalecimento da promoção à saúde; a secundária em que o nível de atendimento já se faz com especialistas em áreas de atuação médica; e níveis terciários e quaternários, em que a base é hospitalar, para dar retaguarda aos casos nos quais são necessárias internações e/ou procedimentos de maior complexidade[1,2,3,].

Assim, desenvolveram-se com o passar dos anos e a consolidação do SUS, os ambulatórios de especialidades, que receberam diversos nomes regionalizados, como AMEs (Ambulatórios Médicos de Especialidades), Policlínicas e outros, que seriam o nível de atenção secundário para casos que as UBSs (Unidades Básicas de Saúde – nível primário) não pudessem resolver.

Dentre as especialidades existentes, destacamos a Reumatologia, uma especialidade clínica que tem por objetivo o tratamento de doenças musculoesqueléticas e autoimunes, e a Ortopedia, especialidade cirúrgica que também se caracteriza pelo tratamento de doenças relacionadas ao aparelho locomotor e suas variáveis.

Segundo a portaria 1101/GM de 2002[4], a necessidade total de consultas médicas (ntc) é de 2 a 3 por habitante/ano. Destas, 22,3% seriam consultas com especialistas. As consultas programadas em reumatologia perfazem 0,4% da ntc, e as de Ortopedia, 2,8% da ntc. Se aplicarmos isso ao município de Sorocaba, temos: (600.000[5] x 3)= ntc =1.800.000 x 0,4 %= 7200 e 1.800.000 x 2,8% = 50.400 consultas/ano, respectivamente.

É fato que a Ortopedia, mesmo tendo seu pilar na clínica cirúrgica, como citado, absorve a maior parte dos pacientes com queixas álgicas e musculoesqueléticas, mesmo quando essas não são de conduta cirúrgica. Isto ocorre porque a Ortopedia apresenta um maior reconhecimento como especialidade no meio leigo do que a Reumatologia, fazendo com que ocorra uma procura espontânea maior, nesses casos, àquela especialidade, principalmente quando se apresentam como queixa preponderante os quadros álgicos agudos e/ou crônicos, mesmo que, muitas vezes, essas queixas sejam secundárias a doenças reumáticas de base.

A penetração da Reumatologia ainda se mostra insuficiente, apesar dos esforços feitos pela Sociedade Brasileira de Reumatologia e pelos profissionais reumatologistas. Fato este que resulta em um número muito pequeno de profissionais da área, dificultando, por conseguinte, o acesso a esses por parte da população, mesmo havendo esforços para uma maior divulgação da especialidade bem como de seu campo de atuação.

Importante salientarmos que as doenças reumáticas já apresentam descrição desde os primórdios da medicina, em relatos atribuídos a Hipócrates. Porém a Reumatologia brasileira apenas começou sua consolidação em meados do século XX, com a articulação dos especialistas e o desenvolvimento de grupos científicos, Ligas e sociedades regionais e nacionais. Talvez por isso ainda padeça dessa falta de penetração.

Dados recolhidos junto à Prefeitura Municipal de Sorocaba, por meio de sua Secretaria de Saúde, nos meses de agosto e setembro de 2011, mostraram uma demanda reprimida para atendimentos com especialista reumatologista de 300 consultas, enquanto para ortopedista havia, nessa mesma ocasião, uma demanda reprimida de cerca de 10.000 consultas.

Portanto, verificamos uma demanda muito alta ao serviço especializado, tanto de Ortopedia quanto de Reumatologia, sobrecarregando, assim, os ambulatórios de especialidade, o que torna o seguimento e o tratamento dos pacientes lento e inadequado.

Baseados nos dados e na observação da prática assistencial prestada, notamos que as doenças de maior prevalência, responsáveis pelo maior número de consultas e encaminhamento às especialidades, são também as de menor complexidade e que necessitam de menores recursos técnicos e estruturais para seguimento.

Dentre essas doenças, citamos quatro, que servirão para ilustrar e embasar a ideia proposta neste trabalho, de que há sobrecarga devido à busca por essas especialidades. Ressaltamos que um profissional médico, atuando como clínico, com boa formação, é capaz de seguir casos reumáticos ou musculoesqueléticos relacionados, mesmo não tendo uma formação especializada. As doenças escolhidas para o embasamento supracitado foram a osteoartrite, conhecida popularmente como artrose (OA), a osteoporose primária (OP), a fibromialgia (FM) e a gota (artrite microcristalina secundária a cristais de urato).

Avaliando-se a prevalência de tais doenças em dados estatísticos, temos a OA acometendo cerca de 16,19% da população no Brasil, sendo que após os 75 anos, 85% da população possui alguma alteração, seja clínica e/ou radiológica[6]. No que tange à OP, os números revelam que esta doença acomete cerca de 5,5 milhões de pessoas, no Brasil, e cerca de 20% da população feminina pós-menopausa americana [6,7]. A gota varia de 2,2 a 3,2% da população, dependendo da faixa etária e da etnia[7]. E a fibromialgia, com acometimento de 0,7 a 5 % da população em geral, sendo no Brasil, algo estimado em torno de 2,5% da população[8]. Esses dados confirmam a alta prevalência de problemas, levando essas doenças afigurarem como alguns dos principais motivos de procura ao atendimento médico.

Posta essa alta necessidade de atendimentos para as queixas musculoesqueléticas, é importante aprofundarmos e entendermos o porquê de tanta procura referente a tais enfermidades.

Além da alta prevalência de certas doenças, temos que considerar aspectos socioeconômicos envolvidos nesse processo. A literatura demonstra que pacientes com graus de privação econômica e social, em geral o perfil do paciente atendido no serviço público, tendem a apresentar maiores taxas de dores musculoesqueléticas, geralmente em mais de um sítio de acometimento, em especial na região lombar.

Além disso, são mais refratários em responder às medidas terapêuticas[9]. Um trabalho realizado por Rekola[10] mostrou que um quarto dos adultos da população estudada havia procurado atendimento às queixas, sendo que as mesmas variavam conforme as faixas etárias e sexo do paciente. O estudo observou que, em homens jovens, era alta a demanda, devido a queixas relacionadas a questões ocupacionais, tais como: dores cervicais, artropatias periféricas e lombalgia. Esta última atingindo, em maior número, homens de meia idade. A procura diminuía muito na faixa etária dos 55 a 64 anos, basicamente após sucesso em ganho de pensões ou de aposentadoria. No que tange às mulheres, a procura de jovens por atendimento também apresentava correlação com questões ocupacionais e se mantinha em alta, mesmo na faixa etária em que homens apresentavam queda, isto porque a osteoporose e a osteoartrite já colaboravam nas queixas. Após os 65 anos de idade, as taxas de procura, segundo o gênero, mostravam-se similares.

Importante citarmos, também, os aspectos psicossociais envolvidos nesse processo de busca por atendimento médico. Em 2000, um grupo norueguês comandado por Hagen[11] mostrou que, em atendimentos para condições musculoesqueléticas (não inflamatórias) de característica crônica, fatores como grau de instrução e processos de estresse emocional estavam diretamente relacionados a intensidade de dores e regiões de acometimento, sendo esse fator mais pronunciado em mulheres, principalmente solteiras ou divorciadas. Este fato relatado foi rediscutido em 2002, numa publicação na revista *Current Opinion in Rheumatology,* em que o autor concluiu, após uma extensa revisão bibliográfica, que condições psicológicas, físicas e sociais contribuem para a decisão final da busca por atendimento médico, e que a consciência do envolvimento desses fatores ajuda na prevenção da cronificação das queixas[12].

É bastante evidente, então, que, para os profissionais que recebem esses pacientes, não basta apenas um conhecimento técnico, mas também, que se tenha uma percepção global do paciente, interpretando as queixas não simplesmente de uma forma pontual, mas em todos os aspectos físicos e sociais em que o indivíduo está inserido. Isto torna a assistência médica mais complexa ainda, exigindo um maior preparo educacional do prestador.

Para nos dar condição de defender a ideia de possibilidade de tratamento das doenças já citadas, em atenção primária, foi necessária uma revisão nos estudos que constam em literatura médica, os quais, ao longo do tempo, investigaram como esse setor absorve e presta assistência aos que o buscam por queixas musculoesqueléticas, tentando identificar falhas nesse acolhimento e propondo medidas passíveis de aplicação, com o intuito de maximizar a qualidade assistencial.

Os estudos desenvolvidos demonstram que o atendimento primário, de forma geral, não apresenta a qualificação preconizada como imprescindível. Nota-se uma grande quantidade de encaminhamentos mal realizados aos especialistas, com altas taxas de discordância entre a suspeita inicial e o diagnóstico definitivo, além da solicitação de exames e recursos não coerentes com as queixas. Isso, em grande parte, pode ser atribuído a um dado encontrado, o qual mostra que o clínico tem grande dificuldade e baixa confiança com o exame físico desse tipo de queixa, considerando-o equivalente ao exame físico neurológico[13]. Sabemos que um exame físico mal efetuado é o primeiro passo para um diagnóstico errôneo.

Essa má condição assistencial pôde ser confirmada em estudos como o realizado na Noruega[14], que avaliou, durante 12 meses, a qualidade dos encaminhamentos realizados aos reumatologistas. Em 23%, não havia sequer descrição do exame físico; em 58%, havia descrita hipótese diagnóstica, porém apenas 21% delas estavam de acordo com o diagnóstico final dado pelo especialista. Na mesma linha de análise, outro estudo publicado na Revista em 1998 mostrou que de todas as referências para o reumatologista, apenas 49% realmente apresentavam doença reumática; e desses, em 41% o diagnóstico era diferente do suspeitado pelo setor primário, inicialmente[15].

Outro fato que chamou a atenção nesses estudos é que havia uma grande incoerência entre queixa e suspeita clínica e os exames laboratoriais solicitados inicialmente, bem como as terapias iniciadas[15]. Essas incompatibilidades são motivos que causam atrasos diagnósticos, com possível deterioração do quadro clínico ou uso de terapêuticas desnecessárias, por vezes até danosas[14,15].

Para ilustrar o excesso de encaminhamentos desnecessários, uma publicação de 2010, feita por Stainkey e Col[16], revisou as fichas de encaminhamentos do setor primário ao secundário, especificamente para paciente

com necessidade de especialista, no caso para ortopedista, e demonstrou que, após um novo contato telefônico, tempos após a solicitação de referência, dos 872 pacientes que aguardavam, apenas 116 ainda necessitavam de encaminhamento; e desses, apenas 16 foram submetidos à realização de algum procedimento a fim de resolução do problema.

Nas doenças de interesse especifico deste estudo, notamos que a gota parece ter um grau de concordância maior entre o setor primário e o secundário[15,17,18], isto talvez porque essa enfermidade apresenta critérios de diagnóstico bem definidos.

No que se refere à OP, o estudo de Saadi e Col[19] mostrou que, globalmente, apenas 10% das mulheres com fator de risco são adequadamente seguidas, se entendermos o setor primário como primeiro promotor de saúde e responsável por medidas de prevenção. Este deveria, assim ser capacitado em identificar as de maior risco e realizar o rastreamento necessário, seguindo as orientações, já muito bem estabelecidas, pelas organizações internacionais de combate à OP, até mesmo porque esta doença acomete mais mulheres do que a soma de câncer de mama, acidentes vasculares cerebrais e ataques cardíacos. Mas até o presente momento OP não possui o mesmo apelo educacional e de mídia que as outras.

Quanto à fibromialgia, há dados conflitantes na literatura, pois existem trabalhos que mostram certa concordância de diagnóstico entre os setores de atendimento[20], e isso é mais observado quando se definiram protocolos para atendimento. Um estudo bastante interessante nessa linha considerou a aplicação de um questionário pré-estabelecido aos pacientes. Nele eram considerados parte de diagnósticos diferenciais, seguindo um fluxo de queixas, sendo, então, direcionados para a necessidade de realização de exames complementares, baseados num aspecto racional. Isso fez com que as taxas de concordância diagnósticas aumentassem e, por conseguinte, diminuísse muito a necessidade de medidas complementares inúteis[21]. Outros estudos mostram que existe uma dificuldade relatada pelos clínicos em seguir essas doenças, talvez pelos aspectos psicossociais complicadores já abordados anteriormente nesta pesquisa ou, até por esta condição ainda necessitar de critérios mais objetivos para diagnóstico[15,22,23].

No que diz respeito à OA, esta apresenta divergências quanto ao tratamento proposto. De forma geral, podemos afirmar que ela apresenta boa confiança para abordagem e tratamento. Porém, neste último, apenas para medidas farmacológicas, como prescrição de anti-inflamatórios[13]. O fato de possuir boa taxa de confiança nem sempre equivale à prescrição de forma adequada. Quando consideramos medidas terapêuticas, não farmacológicas, notamos uma grande deficiência no setor primário[17,24,25]. Diversos autores defendem a ideia de que a OA, por estar envolvida com aspectos físicos, sociais, ocupacionais e psicológicos, deveria ser abordada de uma forma mais global e, de preferência, em setor primário[26,27].

Então, diante dessa situação de alta demanda por atendimento, muitas vezes não só relacionadas a questões puramente técnicas, sabendo-se que as principiais queixas são relacionadas a doenças de menor complexidade e que, mesmo assim, o profissional do setor primário não parece estar apto a segui-las, é necessário estudar possibilidades que façam com o que o atendimento seja otimizado e qualificado.

A principal medida a ser instituída é uma revisão da forma como as escolas médicas ensinam o manejo dessas doenças. A percepção que temos, a partir de referências extraídas da literatura, é que não há déficit de oferta de condições de aprimoramento, mas sim que esses recursos estão subutilizados[28]. Revela-se, então, necessário que o profissional médico ingresse na carreira com formação mínima que o habilite a conduzir casos de menor complexidade tendo discernimento para encaminhar aos especialistas os casos com real necessidade, não atrasando, assim, diagnósticos e terapêuticas adequadas. Devemos ressaltar que, além do benefício aos pacientes, essa otimização de terapêutica já tem comprovado a redução de custos ao sistema de saúde[20,29].

Um maior treinamento e contato com a Reumatologia, realizado por 10 anos e desenvolvido na Espanha durante a graduação, mostrou efetividade. Os médicos mais novos foram mais seguros e apresentaram melhores taxas de concordância diagnóstica com os reumatologistas, ainda que não as ideais, quando comparados aos médicos mais velhos, sem o mesmo treinamento[28]. Aos que já se encontram no mercado de trabalho, o caminho possível ao aprimoramento profissional seria por

meio de cursos de educação continuada, visando à reciclagem do conhecimento técnico e ao desenvolvimento de novas técnicas para efetivar o médico como educador e promotor de saúde. Há proposta de que o especialista aja como um educador do clínico, sendo responsável pela atualização de medidas terapêuticas e de critérios diagnósticos.

Outra medida que parece ser bastante interessante diz respeito à abertura de um canal, o qual pode ser um contato telefônico ou outro meio de comunicação, que possibilite a consulta entre médicos, sendo, portanto, capaz de solucionar possíveis dúvidas e forjar orientações. Esta medida, devemos assinalar, já foi testada com sucesso na diminuição da taxa de encaminhamentos inadequados, o que resultou na diminuição da espera pelo especialista[14,17].

Por fim, ressaltamos que não é mais possível uma boa prática médica e uma boa prestação de serviço de saúde sem que haja a inclusão de uma proposta multidisciplinar. Isto é, já não podemos abordar o atendimento apenas na centralização do médico, pois isso fica ainda mais necessário no atendimento das queixas musculoesqueléticas relacionadas, visto que muito frequentemente existem fatores psicossociais envolvidos no desencadear e na evolução das doenças, sendo, portanto, características comuns às moléstias crônicas, geralmente incuráveis e de difícil seguimento. Além do que muitas medidas terapêuticas incluem inserções de apoio à farmacologia, como, por exemplo, a fisioterapia, os cuidados de enfermagem, a terapia ocupacional, entre outras.

Uma intervenção muito citada e enaltecida nos estudos foi elaborada no Canadá, sob o nome de “Getting a Grip on Arthritis”, que basicamente consistia na elaboração de um programa educacional multidisciplinar baseado em medidas de melhor prática, tendo como centro da atenção o paciente. Esta renomada intervenção revelou que, quando há um engajamento interdisciplinar associado à participação do paciente, as chances de se obter bons resultados tendem a aumentar[30,31,32].

O binômio, educação continuada e multidisciplinaridade parece ser o caminho a se trilhar no âmbito médico. Esta opinião é quase que consensual na literatura relacionada à presente pesquisa, porém é preciso, antes de tudo, preparar o profissional para a capacitação. Ou seja, prepará-lo para aceitar a mudança. Além

disso, é preciso que as mudanças estejam visíveis na prática clínica de cada profissional, pois isto servirá como impulso e estímulo à busca de conhecimento. O outro ponto importante a ser enaltecido acerca deste assunto diz respeito a cada vez mais se atribuir um papel participativo do paciente e de seus familiares na condução do tratamento[25].

As dificuldades estão postas, e alguns possíveis caminhos já testados parecem ter aplicabilidade. O que pretendemos, agora, é, analisar os dados de nossa realidade e buscar adequar o contexto que nos cerca às possibilidades. Primeiramente, é importante definirmos se as demandas que temos são as mesmas que a literatura internacional nos apresenta. Logo, precisamos buscar perceber se os caminhos de resolução propostos podem ser úteis ao nosso sistema. Por fim, vale ressaltar que, também baseado em nossas dificuldades, tracermos algumas metas para minimizar essas falhas.

1.3 Considerações Técnicas

Não pretendemos pormenorizar todos os aspectos das doenças, mas sim contextualizá-las e dar ao leitor uma noção básica sobre o diagnóstico e tratamento, buscando o entendimento técnico de que todas podem ser diagnósticadas e conduzidas em unidades de atenção básica, sem deixar de considerar, entretanto que mesmo entre essas moléstias existem a de maior complexidade, o que é, no nosso entender, motivo para referenciar. Portanto, não queremos generalizar, simplesmente, as doenças, mas sim, apenas mostrar que essas, com apresentação típica, tendem a ser menos complexas.

1.3.1 Osteoartrite:

A osteoartrite (OA), também conhecida popularmente como artrose, é a condição clínica mais frequente do sistema articular e, devido à tendência de envelhecimento populacional, tem apresentado uma crescente prevalência, tornando-se uma das causas mais comuns de ausência ao trabalho, e passando a ser um problema de saúde pública[6].

Por muito tempo admitiu-se a OA como sendo uma doença relacionada ao envelhecimento basicamente. Porém, com o avanço dos conhecimentos

fisiopatológicos, aprendeu-se que se trata de uma doença em que ocorre um desequilíbrio entre degradação e reparação articular[6], ganhando, assim, uma conotação de doença passível de tratamento.

Epidemiologicamente, podemos descrever a OA como uma condição pouco prevalente antes dos 40 anos e com uma maior frequência após os 60 anos; com preferência a pacientes do sexo feminino. No Brasil, a prevalência está em torno de 16,1%[6], sendo as queixas relacionadas a esta condição, responsáveis por cerca de 35% das consultas ao reumatologista em ambulatórios especializados[6].

Dados da previdência social brasileira mostram a OA como responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho bem como a quarta causa de aposentadoria no país, correspondendo a 6,2 % do número total.

Do ponto de vista etiopatológico, podemos descrever a osteoartrite como consequência final de uma série de eventos intra-articulares que provocarão a quebra do colágeno e proteoglicanos da matriz. Neste momento, ocorre ainda a liberação de proteases e citosinas responsáveis pela degradação da cartilagem.

Existem muitos fatores que podem estar associados à suscetibilidade para o desenvolvimento de OA, tais como: fatores biomecânicos, dentre os quais enfatizamos a obesidade e a fraqueza muscular, fatores genéticos, fatores nutricionais, fatores sistêmicos e fatores hormonais. Todos eles, associados, terão papel relevante na gravidade e localização da doença.

Para o diagnóstico da OA, não há como negar o valor das técnicas mais recentes de imagem, porém a radiografia simples ainda se mantém como principal método para se detectar extensão, gravidade e evolução da doença, deixando os demais métodos de imagem para definição de diagnósticos diferenciais[6].

A importância dos exames laboratoriais no diagnóstico da OA é praticamente nula, novamente com relevância apenas para diagnósticos diferenciais. Existem, atualmente, diferentes linhas de pesquisas que visam a identificar marcadores de degradação de cartilagem no sangue e/ou na urina. Porém, até a presente data, nenhum achado foi definitivo nesse sentido.

Para fins de ajuda de diagnóstico, o ACR (Colégio Americano de Reumatologia) definiu critérios para classificação de OA de joelhos, em 1986, e mãos e quadril, em 1990. Tais critérios são descritos abaixo[6]:

Critérios para Osteoartrite de Joelho

Tabela 1

Clínicos	**Clínicos e Radiológicos**
1-Dor no joelho maior parte dos dias no último mês	1-Dor joelho maior parte dos dias no último mês
2-Crepitação a movimentação ativa	2-Osteófitos
3-Rigidez matinal ≤ 30 min	3-Líquido Sinovial típico
4-Idade ≥ 38	4-Idade ≥ 40 anos
5-Alargamento ósseo ao Exame Físico	5-Rigidez matinal ≤ 30 minutos
	6-Crepitação a movimentação ativa
OA quando 1,2,3,4 ou 1,2,5 ou 1,4,5,	**OA quando 1,2 ou 1,3,5,6 ou 1,4,5,6,**

Critérios para Osteoartrite de Quadril:

Tabela 2

Clínicos e Radiológicos
1-Dor no quadril maior parte dos dias no último mês
2-VHS ≤ 20 mm/h
3-Osteofitos acetabulares ou femorais ao Rx
4-Redução do espaço articular ao Rx
OA quando 1,2,3, ou 1,2,4, ou 1,3,4,

Critérios para Osteoartrite de Mãos:

Tabela 3

Critérios
1-Dor ou rigidez de mãos maior parte dos dias do último mês
2-Alargamento do tecido duro articular em 2 ou mais de 10 articulações selecionadas**
3-Edema de 2 ou menos metacarpo falangeanas
4a- Alargamento do tecido duro articular em 2 ou mais articulações interfalangeanas
4b-Deformidades em 2 ou mais de 10 articulações selecionadas**
OA quando 1,2,3,4a ou 1,2,3,4b estiverem presentes

** As 10 articulações selecionadas são: 2ª e 3ª interfalangeanas distais, 2ª e 3ª interfalangeanas proximais e 1ª metacarpiana de ambas as mãos.

Como forma de tratamento, existem duas abordagens possíveis: as medidas não farmacológicas e as farmacológicas, ambas com o papel de reabilitação da articulação acometida, controle dos sintomas e tentativa de retardar o processo evolutivo da doença, tornando maiores as chances de reabilitação do tecido lesado.

Quanto às medidas não farmacológicas, podemos citar a educação e o apoio psicológico ao paciente, visto que frequentemente esses pacientes apresentam-se deprimidos. Somado a estas, é importante medidas de exercícios equilibrados com o repouso. Outro ponto importante a ser abordado com o paciente diz respeito à questão *dieta versus obesidade*, fator este muito relacionado ao aparecimento e à evolução da doença. Por fim, o uso de órteses e medidas de medicina física também se fazem importante no tratamento desses pacientes. Do ponto de vista farmacológico, a abordagem usual dessa condição se faz com analgésicos simples e derivados opioides, anti-inflamatórios, além de fármacos de ação lenta, que potencialmente seriam modificadores do curso da doença[6].

1.3.2 Gota:

É uma doença já citada desde a Antiguidade, com relatos da época de Hipócrates. Porém, o termo gota é mais recente. Proveniente do latim *gutta*,

apresenta referências do século XIII[7]. Historicamente, sempre teve associação com importantes personagens, tendo sido considerada uma moléstia de pessoas cultas e aristocratas[6].

O pesquisador Van Leeuwenhoek, em 1679, foi o primeiro a identificar cristais microscópicos em tofos, porém ainda sem conhecer sua composição química. Posteriormente, houve a evolução no conhecimento da doença por meio da descrição dos sintomas de uma crise aguda de gota por Sydenham, em 1683, e a descoberta do ácido úrico por Scheele, em 1776. Logo após, houve a descrição do ácido úrico nos tofos, feita por Wollaston, em 1797, chegando até a associação de altos níveis de ácido úrico sanguíneo em pacientes gotosos, feita por Garrod, em 1859[7]. Radiologicamente, houve os primeiros relatos em 1896, feitos por Huber[7]. No final do século XIX, Freudweiler reproduziu uma crise gotosa em seu próprio joelho, ao injetar cristais de urato em sua articulação[6].

A doença em questão tem sua base, como já dito, no ácido úrico e pode ser dividida e classificada dependendo do período de acometimento; podendo variar de uma hiperuricemia assintomática, a uma crise gotosa aguda, passando por período intercrítico, artrite crônica tofácea até nefropatia com litíase renal.

Além disso, podemos classificar a gota em primária, decorrente de erros inatos do metabolismo das purinas, e secundária, referente ao acúmulo ou hipoexcreção do ácido úrico corporal[6].

A título de curiosidade, os humanos são os únicos mamíferos que desenvolvem gota. Isto devido ao fato de não terem a enzima uricase, que em outros animais é responsável pela oxidação do ácido úrico, transformando-o em alantoína e, posteriormente, em uréia e amônia[6].

Importante citar que a gota é um fator preditivo para o desenvolvimento de hipertensão e doença coronariana, estando associada à morbimortalidade cardiovascular; além de estar relacionada à síndrome metabólica[6].

Para fins epidemiológicos, nota-se que a incidência de gota está em ascensão e acomete mais homens na faixa etária de 30 a 60 anos. Em mulheres, percebe-se um aumento de incidência após a menopausa (sempre lembrando que não necessariamente um paciente hiperuricêmico desenvolverá artrite gotosa).

O diagnóstico de gota é baseado na anamnese, na clínica (tipo, local e tempo de acometimento – geralmente uma monoartrite aguda), no laboratório (dosagens de ácido úrico no sangue e urina) e na Radiologia com radiografia. Porém, o exame que define, dito padrão ouro, é a pesquisa de cristais de ácido úrico no líquido sinovial da articulação acometida, onde se esperam encontrar cristais de birrefringência negativa forte, quando analisados sob luz polarizada[6,7].

Importante ressaltar que, na prática diária, nem sempre é possível fazer a coleta e análise desse tipo de material, optando-se por iniciar a terapêutica, baseando-se na clínica e em achados laboratoriais e radiológicos já mencionados.

Como terapêutica, preconizam-se as medidas não farmacológicas, que visam a uma alteração no estilo de vida, com reeducação alimentar e abstinência alcoólica, bem como as farmacológicas com uso de anti-inflamatórios (não hormonais), e na ocorrência de restrições a estes, opta-se pelo uso de corticoides sistêmicos ou locais, todos usados durante a crise aguda. Outra droga bastante utilizada durante a crise aguda, e também como prevenção de recorrência, é a colchicina[6,7]. Após o controle da crise aguda, é importante iniciar o controle de níveis de ácido úrico sérico, sendo a definição da melhor terapêutica a baseada no perfil metabólico do paciente, diferenciando-se os indivíduos hiperprodutores e os hipoexcretores de ácido úrico. Para esta diferenciação, um exame de uricosúria é suficiente.

1.3.3 Fibromialgia

A fibromialgia (FM), nos moldes com a conhecemos hoje, é uma doença até certo ponto recente, porém já há relatos dela desde o século XIX. Um dos primeiros autores a citar algo relacionado à FM foi Froriep[6], especificamente em 1850, momento em que relatou uma forma de “reumatismo” em que os músculos se apresentavam endurecidos e dolorosos à pressão. Em 1904, Gowers observou que, mesmo doloridos, esses músculos não apresentavam inflamação nem alterações sistêmicas. A partir disso, associou o quadro a fadiga e alteração no sono, batizando essas alterações de fibrositis[6], porém a doença, até os anos 70 do século XX, tinha características apenas de ser secundária à tensão ou uma forma de reumatismo psicogênico, ganhando destaque científico a partir daí.

Em 1977, uma publicação de Smythe e Moldofsky, intitulada ***Duas contribuições para a compreensão da síndrome fibrositi***[7,22], foi apresentada no Boletim de Doenças Reumáticas e distribuída para clínicos e reumatologistas dos Estados Unidos. Acredita-se, que por esse motivo, essa síndrome tenha adquirido contexto de doença reumática e não ortopédica ou psiquiátrica[22]. As características abordadas por esses dois autores compunham-se de um quadro de sono não restaurador, associado a pontos dolorosos pré-definidos, que eram mais sensíveis ao toque[6,7].

A partir dessa publicação, fixaram-se muitos estudos subsequentes aos pontos dolorosos, e cada um dos autores posteriores sugeriam números diferentes de pontos positivos para o diagnóstico dessa doença[22]. Com a evolução dos estudos, iam surgindo percepções que associavam a dor crônica e os pontos dolorosos, até então sem um número exato definido, a outros sinais e sintomas, que incluíam fadiga, depressão, síndrome do intestino irritável, ansiedade, dormência e inchaços subjetivos.

No final dos anos 1980, os avanços eram importantes, porém sem grandes consensos. Foi quando, em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu alguns critérios para a classificação de FM, que tinham como principais características o quadro de dor crônica (> 3 meses) e o achado da presença de mais de 11 onze pontos dolorosos de 18 dezoito possíveis. Esses pontos dolorosos consistiam em 9 pares descritos na figura 1, em região superior e inferior do corpo. Nesses mesmos critérios, definiu-se que esses pontos deveriam ser comprimidos com uma força de 4 kg, com o intuito de padronizar o exame físico, e se dolorosos, seriam considerados positivos.

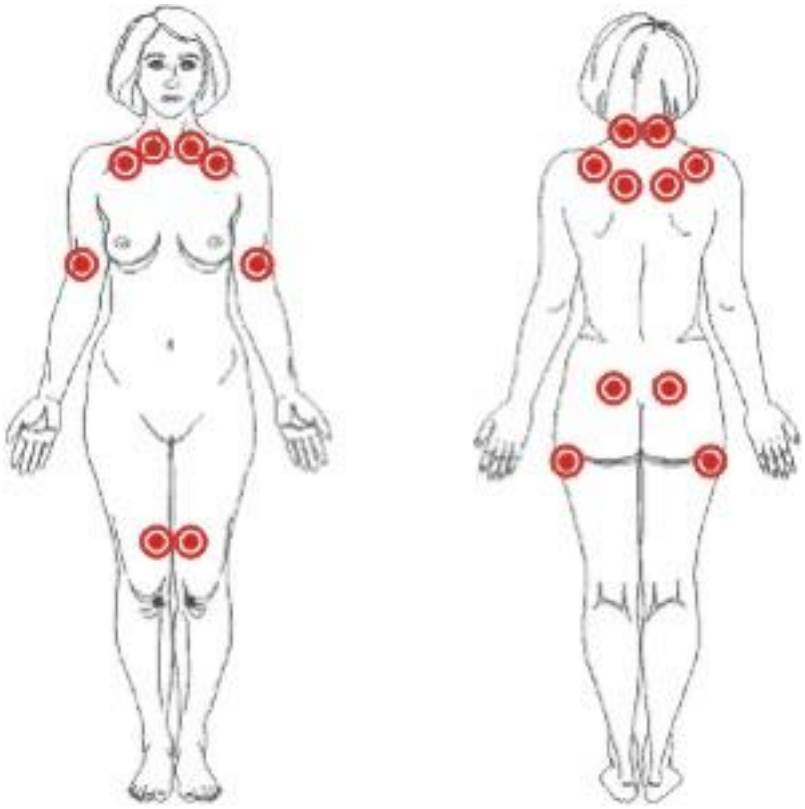

Figura 1 - Pontos dolorosos a serem pesquisados no diagnóstico de Fibromialgia, segundo os critérios ACR – 1990.

Importante citar que, a partir do uso desses critérios, a população com o diagnóstico de FM em países industrializados variou de 0,5 para 4%[7]. Foi também a partir da definição desses critérios (de 1990) que a doença passou a ser reconhecida e ganhou o CID (Código Internacional de Doença). Talvez essa tenha sido a grande contribuição dos critérios do ACR, de 1990.

Desde então, a fibromialgia passou de uma observação de alguns sinais por parte de poucos pesquisadores a uma das principais moléstias reumáticas, impulsionada por interesses econômicos e políticos muito ligados à indústria farmacêutica. Todo esse avanço anunciado pelo ACR, em 1990, trouxe consigo inúmeras críticas, principalmente por terem abandonado nesses critérios os dados defendidos por Smythe e Moldofsky em 1977; referentes a sintomas que ocorreriam concomitantes e teriam, de certa forma, um caráter somático, além do que, muitos pacientes com quadro semelhante à FM possuíam outros pontos dolorosos além dos definidos nos critérios, bem como outros apresentavam número inferior a 11, não podendo, assim, ser classificados como portadores da doença.

Tal fato só começou a ser corrigido a partir de 2010, quando o ACR publicou novos critérios para a FM, em que os pontos dolorosos já não fizeram mais parte da classificação e os sintomas somáticos associados ganharam força, novamente remetendo à idealização inicial de 1977, associados sempre a um quadro de dor generalizada.

Importante salientarmos que, com o desenvolver dos estudos, mostrou-se haver um componente fisiopatológico envolvido, principalmente com alterações de neurotransmissores, que seriam os responsáveis pela modulação de dor, e uma vez alterados, causariam sintomas de hipersensibilidade álgica. Portanto, hoje podemos dizer que a doença tem uma característica fisiológica associada a uma somática, e que este conjunto de disfunções, em última análise, pode ser chamada de fibromialgia.

Em linhas gerais, para fins de tratamento, a FM deve ser abordada do ponto de vista farmacológico, com moduladores desses neurotransmissores e, aqui citamos, os antidepressivos tricíclicos como uma boa opção terapêutica, associados às medidas de reabilitação não farmacológicas como, por exemplo, atividade física aeróbica regular de baixo impacto e psicoterapia. Fica, assim, evidenciado que, feito um diagnóstico correto, o seguimento não requer grandes recursos para ter continuidade.

Recentemente, vem-se questionando a caracterização da FM como um diagnóstico reumatológico ou exclusivamente reumatológico. Em 2007, um artigo publicado na revista Rheumatology questionou exatamente isso, levantando a discussão se a FM seria (de fato) um diagnóstico reumatológico. A conclusão encontrada pelo autor é que esta doença deveria ter uma abordagem multidisciplinar, podendo evidenciar a reumatologia como parte desse seguimento, porém recomendando que a doença devesse ser seguida por um médico de atenção primária[33], corroborando com a discussão deste presente estudo. Nessa mesma linha de raciocínio, em 2009, Boyer e Col[20] demostraram, num estudo espanhol, não haver benefício, do ponto de vista de seguimento, em manter o paciente no serviço primário ou encaminha-lo reumatologista, tendendo até à opinião de que, no serviço primário, os pacientes parecem assumir maior responsabilidade sobre seu tratamento.

1.3.4 Osteoporose

Historicamente, existem descrições dessa doença há mais de 4000 anos, porém, apenas em 1820, Jean Lobstein, um patologista francês, contextualizou o termo “osteoporose”, baseado na condição do tecido ósseo[7]. No mesmo período, Sir Astley Cooper, um cirurgião inglês, correlacionou a degeneração do osso com a idade e com o aumento do risco de fraturas[7]. Todavia, apenas nos anos 60 do século XX, foi desenvolvido um teste para seu estudo: a densitometria óssea.

A OP caracteriza-se por ser uma desordem esquelética que compromete a resistência óssea com alterações na massa óssea e na microarquitetura das trabéculas ósseas.

É a mais comum doença metabólica do osso, afetando ambos os sexos de todas as raças e levando a um aumento do risco de fratura[7]. Devido à sua alta incidência, torna-se um problema de saúde pública, com graves impactos sociais e econômicos, apresentando possibilidade de agravamento com a tendência atual de envelhecimento populacional[6]. Mesmo com ambos os sexos acometidos, há uma nítida preferência por mulheres, principalmente após a menopausa, pois se sabe que, nos primeiros cinco anos do climatério, existe uma queda muito acentuada de massa óssea, exclusivamente devido à queda de níveis de estrogênio, ocorrendo, assim, um predomínio da reabsorção (ação de osteoclastos) em detrimento da formação óssea (ação de osteoblastos)[6].

Os principais sítios acometidos nas fraturas de fragilidade são: o rádio distal (fratura de Colles), a coluna vertebral e o fêmur proximal, sendo esta última a mais grave, podendo levar a óbito em seis meses, à faixa de 18 a 34%[6].

A condução desses casos é feita, inicialmente, com a prevenção, que deve iniciar-se tão logo seja possível, com dietas adequadas de cálcio, exercícios físicos, exposição solar adequada, bem como evitar tabagismo e abuso de bebida alcoólica. Além dessas medidas gerais citadas, é importante uma terapia medicamentosa, que atuará inibindo a reabsorção óssea, agindo como anticatabólicos ou estimulantes de formação óssea ou anabólicos. Somado a este significativo dado, o controle periódico do metabolismo do cálcio e densitométrico.

Como é definida atualmente, a densitometria óssea (DO), cujo desenvolvimento data dos anos 60, é um exame singular, de grande valia para diagnóstico e seguimento dessa doença. Devido a isso, é importante entendermos mais profundamente tal exame. Antes do advento da DO, as radiografias eram utilizados com a ideia de avaliar a massa óssea. No entanto, lembramos que apenas perdas acima de 30% podem ser percebidas por radiografia comum[7].

Segundo a OMS, classificamos os índices densitométricos baseados em um escore que tem como referência o estudo NHANES III. Pela referência, classifica-se como normal um indivíduo que possui um escore até -1,0 desvio padrão da referência; abaixo de -1,0 até -2,5 classifica-se em osteopenia; e igual ou abaixo de -2,5 desvios padrão chamamos de osteoporose. Lembramos que um indivíduo com osteopenia e presença de fatores de risco tem indicação de iniciar tratamento medicamentoso[6,7].

Em 2007, a **International Society for Clinical Densitometry** (ISCD) publicou suas recomendações oficiais para realização de densitometria em mulheres menopausadas e definiu que toda mulher acima de 65 anos deve realizá-la. Nas mulheres abaixo de 65 anos, quando apresentarem algum fator de risco (fratura por fragilidade, história familiar, baixo IMC, tabagismo, hipogonadismo, algumas doenças crônicas), além do uso de medicações associadas à perda óssea.

A Sociedade Brasileira de Densitometria óssea (SBDENS), atual SOBEMOM, baseada nessas recomendações internacionais, desenvolveu, em 2009, também as suas recomendações para validação e aplicação na população brasileira, definindo a indicação de realização de DO em:

1- Mulheres com idade ≥ 65 anos e homens com idade ≥ 70 anos;

2- Mulheres acima de 40 anos na transição menopausa e homens acima de 50 anos de idade com fatores de risco;

3- Adultos com antecedente de fratura por fragilidade;

4- Condição clínica ou uso de medicamentos associados à baixa massa óssea ou perda óssea;

5- Indivíduos para os quais são consideradas intervenções farmacológicas para osteoporose;

6- Indivíduos em tratamento para osteoporose, para monitoramento de sua eficácia;

7- Indivíduos que não estejam sob tratamento, porém nos quais identificação de perda de massa óssea possa determinar a indicação do tratamento;

8- Mulheres interrompendo terapia hormonal (TH).

Demos atenção à importância do exame densitométrico nos casos de investigação e monitoramento de osteoporose, pois sabemos que, atualmente, a DO não está disponível para solicitações no setor primário de atendimento UBSs, devendo todo paciente com suspeita ou indicação de realização desse exame ser encaminhado ao setor secundário.

2. OBJETIVOS

2.1 <u>Objetivo geral</u>: Avaliar o atendimento praticado pelo profissional médico nas Unidades Básicas de Saúde (Setor Primário de Atendimento), no que se refere a doenças reumáticas e musculoesqueléticas relacionadas.

2.2 <u>Objetivos específicos</u>

2.2.1 Conhecer o profissional assistente no seu âmbito pessoal, profissional e de formação;

2.2.2 Conhecer a percepção do profissional sobre as condições estruturais e técnicas nas quais este está inserido;

2.2.3 Identificar as possíveis causas que seriam responsáveis pela baixa resolutividade de doenças reumáticas na atenção básica e, por consequência, pelo alto índice de encaminhamento ao setor secundário de atendimento.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, de caráter quanti-qualitativo, realizado a partir da aplicação de um questionário (Apendice D) a profissionais médicos assistentes da atenção básica de saúde do município de Sorocaba.

3.1 Aspectos Éticos

O projeto teve aprovação da Prefeitura da Cidade de Sorocaba, representada pela Secretaria de Saúde, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Anexo A).

3.2 Casuística

3.2.1 Critérios de inclusão

Todo profissional médico que atuasse como clínico em Unidade Básica de Saúde (serviço primário de atendimento), assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) e, que dentro do prazo definido como limite, retornasse o termo e o questionário (Apêndice D) preenchido.

3.2.2 Sujeito da pesquisa

Foram selecionados todos os profissionais médicos que atuassem como clínicos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba, na data do início da coleta dos dados, para responder a um questionário (Apêndice D) elaborado a fim de obter as respostas pertinentes a este estudo.

Seguindo o cadastro da Prefeitura Municipal, chegou-se ao total de 136 profissionais; porém, com o desenvolvimento da coleta, percebeu-se que alguns

desses profissionais apresentavam mais de um vínculo empregatício; o que superestimou o número inicial devendo este ser melhor detalhado nos métodos. Esses profissionais estavam alocados em trinta unidades de saúde que compunham a rede básica do município, agrupadas em cinco colegiados*, sendo que cinco dessas unidades, além da atividade em atenção básica, também desenvolviam atividades baseadas nos princípios do programa de saúde da família ou estratégia de saúde da família (PSF/ESF).

3.3 Métodos

3.3.1 Período e modo de coleta dos dados

Os dados tiveram sua coleta iniciada a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Anexo A), em julho de 2011, e se encerrou no final do mês de janeiro de 2012. Os questionários que retornaram após esse período não foram considerados.

Os questionários foram enviados a partir da Secretaria de Saúde do município de Sorocaba, acompanhado do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e de uma carta explicativa para cada profissional (Apêndice B), com os objetivos do trabalho e destacando a importância da adesão de cada um deles ao projeto.

Ao mesmo tempo, foi enviado para cada coordenador das unidades básicas um texto explicativo, apresentando o projeto e seus objetivos, bem como solicitando o auxílio na distribuição e posterior coleta dos questionários (Apêndice C). Após essa etapa, a orientação era de reenvio à Secretaria de Saúde, dentro do prazo pré-estabelecido.

Os dados foram tabulados e analisados a partir de uma plataforma Excel e, posteriormente, analisados estatisticamente através do software spss v13.0.

* Entenda-se colegiado como uma microrregião geopolítica municipal

Para as análises descritivas, foram consideradas média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Por sua vez, para análise dos resultados das

pontuações das doenças, foi utilizada a análise de variância; e para verificar se existia relação total de pontos obtidos nas doenças com tempo de formação bem como se os respondentes possuíam especialização ou não, foi utilizado um teste de média de *t student.*

3.3.2 Instrumento de coleta de dados

Foi desenvolvido um questionário para a coleta de dados, o qual possuía três partes (apêndice D) objetivando:

A- Conhecer o profissional médico no seu aspecto sóciodemográfico;

B- Conhecer os aspectos do atendimento prestado;

C- Quantificar o conhecimento médico técnico específico.

Além de um questionário com quatro questões abertas, com o intuito de dar uma abordagem qualitativa ao estudo.

Dentro da abordagem do conhecimento técnico especifico citado, foram elaboradas perguntas referentes às moléstias pertinentes a esse estudo. Assim, foi desenvolvido um questionário estruturado sobre as quatro doenças de interesse (osteoartrite gota, fibromialgia e osteoporose), entendidas nesse estudo como de menor complexidade e passíveis de serem conduzidas no setor primário. Essas questões de conhecimentos específicos foram abordadas em três questões para cada uma das condições citadas, sendo cada questão composta por alternativas certas e erradas. O número de alternativas e a quantidade de questões certas ou erradas variaram para cada questão e para cada doença. Essa variação ocorreu com o intuito de abordar cada enfermidade em seus aspectos mais relevantes, considerando possíveis erros comuns que observamos na prática clínica.

Para validar, nesta análise técnica, as alternativas pertinentes às quatro condições e para definir quais alternativas seriam consideradas como resposta correta, foi aplicado o questionário num teste piloto. O questionário de conhecimento específico, e apenas ele, foi distribuído a cinco reumatologistas convidados e mais o autor, num total de seis especialistas. Todos esses profissionais necessitavam, como critério para receber o convite, serem possuidores do título de especialista em reumatologia concedido pela Sociedade Brasileira de Reumatologia. Após a aplicação do questionário a esses profissionais, foram consideradas as alternativas que obtiveram uma concordância de, no mínimo, cinco desses especialistas, resultando numa taxa de 83,3% de concordância. As alternativas que não atingiram essas taxas de concordância foram excluídas e não aplicadas no estudo, pois se entendeu que, se dada alternativa não apresentou consenso nem entre os especialistas, não poderia ser usada para medir conhecimento nos clínicos não especialistas. O número de alternativas excluídas do questionário inicial aplicado no teste piloto foi 14 (quatorze), ou 21,87%, validando-se, assim, 50 alternativas das 64 inicialmente propostas.

Para as alternativas consideradas como resposta correta, ou seja, assinaladas quando deveriam, ou não assinaladas quando não deveriam, baseando-se no gabarito dos especialistas, foi atribuída a nota 1, e quando a resposta foi definida como errada, isto é, quando não foi assinalada quando deveria ou quando foi assinalada quando não deveria, foi atribuída a nota 0. Sendo assim, a nota final atribuída a cada questionário variou de 0 a 50 pontos. Vale ressaltar aqui a importante participação dos especialistas convidados, que em análise final atuaram como “juízes”, elaborando um gabarito, já que não existe, até o presente momento, nenhum modelo validado de questionário que pudesse ser usado, neste projeto, com o intuito de medir o conhecimento técnico da população escolhida para alvo deste estudo.

As questões foram elaboradas com base em critérios clínicos, radiológicos, laboratoriais e de anamnese pertinentes a cada uma das doenças escolhidas, as quais estão ancoradas na literatura médica e nos critérios definidos em *guidelines* e consensos atuais.

4. RESULTADOS

Dos 136 questionários enviados, 49 retornaram respondidos de forma completa e com o termo de consentimento assinado, perfazendo um total de adesão de 36,02%. Dois questionários voltaram respondidos de forma incompleta e foram excluídos da pesquisa; 39 retornaram sem resposta assinalada; 30 retornam com recusa explícita por parte dos profissionais em participar; 3 retornaram sem respostas, devido aos profissionais estarem licenciados de suas funções; 1 retornou sem resposta, devido ao profissional ter-se desligado da rede pública; 5 retornaram sem resposta, devido ao profissional ter respondido à pesquisa em outra unidade; e 1 retornou após data limite e não foi considerado. Os demais não retornaram à Secretaria de Saúde. Salientamos que todos os colegiados tiveram retorno de questionários em quantidade semelhantes, não tendo nenhum se destacado por adesão ou não adesão à participação no estudo.

4.1 Perfil sociodemográfico

Analisando-se os dados coletados após a revisão dos questionários, pudemos definir algumas condições que nos mostraram de uma forma geral algumas características dos médicos e de suas formas de atuação no atendimento realizado nas UBSs.

Primeiramente, definimos o perfil do profissional assistente atualmente na unidade básica de saúde. Verificamos que, dos 49 profissionais que aceitaram participar do trabalho, a média de idade foi de 42,5 anos, com desvio padrão de 11,8 anos; sendo que desses, 24 (48,9%) eram do sexo masculino e 25 (51,1%) do sexo feminino.

O tempo de formação também foi considerado e mostrou que 22 (44,9%) indivíduos haviam se formado há mais de 15 anos. Quanto à formação, 75,5% possuíam ou estavam em curso de programas de residência ou aperfeiçoamento. Porém, o que nos chamou a atenção na análise dos dados é que apenas 36,7% desses programas eram relacionados a cursos de áreas clínicas. Vale alertar que 63,3% do total de pesquisados disseram ter tipo contato em 1 ano da graduação

com a Reumatologia, e apenas 6,1 % disseram não ter tido algum contato durante a graduação.

Observou-se ainda que 55,1% dos profissionais dedicavam de 3 a 6 períodos semanais para atendimento no serviço público (entenda-se cada um dos períodos como sendo: manhã, tarde ou noite).

Quanto ao tempo como prestador no serviço público, houve uma uniformidade entre os pesquisados, que variou de 3 meses até 29 anos de atuação, com mediana de tempo de atuação de 5 anos, 75% desses médicos têm até 13 anos de atuação pública. Verificamos ainda que 89,8% sentem-se reconhecidos pelos usuários quanto ao atendimento prestado como clínico geral.

Por fim, quando questionados sobre formas de atualização, 75,5% responderam que estiveram presentes de 2 a 6 eventos científicos médicos nos últimos 2 anos. 44,9% deles buscavam atualizações semanais na internet, e 36,7% liam revistas especializadas mensalmente.

4.2 Perfil de atendimento

Uma segunda parte da abordagem do questionário referia-se ao perfil do atendimento, buscando definir um perfil para o mesmo. Assim, 89,8% responderam que atendem entre 3 a 5 pacientes por hora. Sabemos que, por determinação das coordenações das UBSs, é exigida uma produtividade de 16 consultas a cada 3 horas de atendimento (sendo 6 nas duas primeiras horas e 4 na terceira hora), o que resulta, em média, uma consulta a cada 11 minutos. Esse tempo está abaixo do tempo mínimo segundo 55,1% dos entrevistados, que entendem como necessário para uma consulta relacionada a queixas musculoesqueléticas algo entre 15 a 20 minutos em média, em consonância com a opinião de 79,6% dos entrevistados, os quais disseram que o tempo disponível, hoje, é insuficiente. Logo, a pressão da demanda de produtividade nas unidades é relatada como fator principal para o curto tempo de consulta, aspecto citado por 75,5%. Importante salientarmos que 83,7% dos médicos não atribuem à falta de disponibilidade pessoal de horário fator limitador para atendimento em UBS, o que mostra um grau importante de comprometimento do profissional com o setor público.

Em relação aos motivos que o levavam a fazer encaminhamentos dos casos aos especialistas, 55,1% citaram a complexidade dos casos como fator motivador. 57,1% mencionaram a falta de conhecimento como indício factual específico dessas doneças. Notamos que apenas 6,1% justificaram o encaminhamento como resultante da falta de interesse em seguir esses casos. Por fim, 87,8% entendem que nem todos os casos devem ser tratados por especialistas, assumindo assim, a nosso ver, o entendimento do papel do clínico.

Quando questionados quanto à qualidade das fichas de encaminhamentos preenchidas, 63,3% responderam que, na maioria das vezes, descreve o exame físico do paciente, e 79,6% descrevem hipóteses diagnósticas.

Ainda procurando construir o perfil do atendimento, buscou-se conhecer as impressões pessoais do profissional. Quando questionados sobre a percepção de preparo próprio para conduzir tais casos, apenas 10,2% julgaram-se despreparados para seguir os casos com queixas musculoesqueléticas. O quadro 1 mostra as doenças que foram consideradas como de maior facilidade e de maior dificuldade, segundo apenas as percepções individuais dos entrevistados

Quadro 1- Porcentagem de dificuldade e facilidade na condução das doenças

	Facilidade	Dificuldade
OA	71,4	0
FM	55,1	26,5
Gota	89,8	0
OP	57,1	6,1
LES	16,3	63,3
PM	4,1	59,2
AR	36,7	24,5
SS	6,1	65,3
VASC	4,1	69,4
RPM	73,5	6,1
ESC	4,1	67,3
PR	4,1	34,7

Notamos que a OA, FM, OP e gota mostraram uma grande percepção de confiança, porém destacamos que, entre as quatro, FM e OP foram as doenças com menor percepção de facilidade.

Entendemos pelas respostas oferecidas pelos clínicos que essas doenças, com uma devida capacitação e apoio dos especialistas para casos mais complexos, poderiam ter seguimento em nível primário, dados que corroboram com a ideia deste trabalho.

4.3 Perfil do conhecimento técnico

Para quantificar o número de acertos, foi feita uma transformação das notas obtidas pelos pesquisados em números absolutos, transformando-as, depois, em porcentagens. Em seguida, essas notas foram categorizadas em diferentes aspectos: clínico, radiológicos, laboratoriais e dados de história, sendo escolhido três deles para cada uma das doenças segundo sua relevância.

Após essa análise individualizada por moléstia, as notas foram correlacionadas em grupo, com o intuito de obter dados de interesse do estudo. Optamos por analisar dois grupos: tempo de formação e tipo de formação (especializações), obtendo-se, ao fim, padrões de reposta.

4.3.1 Estratificação por porcentagem de acertos por doenças e total

Quadro 2- Estratificação por porcentagem de acerto

	OA	**OP**	**FM**	**Gota**	**Total**
<50%	5	2	4	5	2
50-70%	24	26	27	14	30
70-90%	19	18	17	22	16
>90%	1	3	1	8	1
Total	49	49	49	49	49

Aqui foram tabulados os dados estratificando-se a quantidade de pesquisados em cada faixa de acerto referente a cada doença em questão e em acertos absolutos. Notamos um maior número entre os percentis 50-70% de respostas certas em todas as doenças e na pontuação dessas somandas.

4.3.2 Respostas por aspectos individualizados das doenças

Quadro 3- Respostas por aspectos individualizados das doenças

Osteoartrite	(n= 49)	Média de acertos
Aspectos clínicos		62,24
Aspectos laboratoriais		66,53
Aspectos radiológicos		60,00
Gota	(n= 49)	
Aspectos clínicos		73,06
Aspectos laboratoriais		69,38
Aspectos da anamnese		59,18
Fibromialgia	(n= 49)	
Aspectos clínicos		72,24
Aspectos laboratoriais		51,53
Aspectos da anamnese		75,00
Osteoporose	(n= 49)	
Aspectos da anamnese		61,73
Aspectos laboratoriais		60,40
Aspectos radiológicos		93,87

Após a análise desses dados, notamos que aspectos radiológicos na OA, de história prévia na gota e laboratoriais na FM e OP são os que apresentaram menores taxas de acerto.

Porém, quando analisamos as diferenças encontradas por doença de forma individualizada, notamos que a diferença entre os aspectos clínicos, radiológicos e laboratoriais na OA não apresentam diferença estatística. Nas demais doenças porém, a diferença encontrada entre os aspectos é estatisticamente significativa.

Assim, em um trabalho de capacitação, esses aspectos com menores taxas de acerto devem ser enfatizados.

4.3.3 Respostas por definição de grupos

4.3.3.1 Grupo tempo de formação

Primeiramente, analisamos as respostas de conhecimento técnico, dividindo em dois grupos separados por tempo de formado, tendo linha de corte de até 15 anos de profissão e acima disso, para verificar possíveis diferenças de conhecimento.

O resultado da divisão gerou dois grupos. Um deles com tempo de formação de até 15 anos, em número de 27; um outro, com 16 anos ou mais, em número de 22.

As médias de acerto foram separadas por doença e estão descritas no quadro 4.

Quadro 4- Porcentagem de acerto por doença, segundo tempo de formado

	Até 15 anos, n=27	16 anos ou >, n=22	Valor de *p*
OA	66,92	58,11	0,024
Gota	66,29	70,45	0,184
FM	66,64	66,75	0,487
OP	70,91	71,30	0,460

Considerando um p<0,05, notamos que a diferença foi estatisticamente relevante para a condição de osteoartrite, ou seja, os médicos com menos tempo de formado têm maior conhecimento básico dessa doença.

Analisando-se a OA, por ter sido a única com diferença estatisticamente significativa nesse grupo de respostas, notamos que os critérios laboratoriais e radiológicos apresentavam essa relevância de significância estatística (Quadro 5).

Quadro 5- Valores de *p* para cada aspecto de doença

	Valor de *p*
OA ASPECTOS CLÍNICOS	0,301
OA ASPECTOS LABORATORIAIS	**0,042**
OA ASPECTOS RADIOLÓGICOS	**0,041**
Gota ASPECTOS CLÍNICOS	0,082
Gota ASPECTOS LABORATORIAIS	0,076
Gota ASPECTOS DE ANAMNESE	0,246
FM ASPECTOS CLÍNICOS	0,439
FM ASPECTOS LABORATORIAIS	0,109
FM ASPECTOS DE ANAMNESE	0,094
OP ASPECTOS DE ANAMNESE	0,357
OP ASPECTOS LABORATORIAIS	0,219
OP ASPECTOS RADIOLÓGICOS	0,207

4.3.3.2 - Grupo por tipo de formação

Outro agrupamento analisado foi referente ao pesquisado possuir, ou não, residência ou especialização médica em área clínica. Tal aspecto foi observado com o intuito de saber se havia diferença no padrão das respostas entre os grupos.

Encontramos um n= 18 de profissionais com formação em área clínica e n= 31 para outras áreas.

As médias de acertos estão descritas no quadro 6

Quadro 6- Porcentagem de acerto por doença, segundo o tipo de formação

	Clínica, n=18	Não Clínica, n=31	Valor de *p*
AO	65,47	61,51	0,200
Gota	71,11	66,45	0,164
FM	67,50	66,22	0,362
OP	77,32	67,46	0,007

A condição que mostrou possuir uma diferença estatisticamente significativa do conhecimento foi a osteoporose, e dentro dela o aspecto mais relevante foi o de anamnese (quadro 7).

Quadro 7- Valor de *p* para cada aspecto de doença

	Valor de *p*
OA ASPECTOS CLÍNICOS	0,402
OA ASPECTOS LABORATORIAIS	0,273
OA ASPECTOS RADIOLÓGICOS	0,102
Gota ASPECTOS CLÍNICOS	0,294
Gota ASPECTOS LABORATORIAIS	0,114
Gota ASPECTOS DE ANAMNESE	0,039*
FM ASPECTOS CLÍNICOS	0,497
FM ASPECTOS LABORATORIAIS	0,237
FM ASPECTOS DE ANAMNESE	0,500
OP ASPECTOS DE ANAMNESE	**0,029**
OP ASPECTOS LABORATORIAIS	0,066
OP ASPECTOS RADIOLÓGICOS	0,231

*Obs.: notamos que, quando analisado de forma isolada, o aspecto história na Gota também apresenta p<0,05, porém, que não reflete com diferença significativa na análise global da doença.

4.4 Resultados da Avaliação Qualitativa

Na terceira e última parte do questionário, os pesquisados foram submetidos a quatro questões abertas, com o intuito de aprofundar as impressões e dar uma característica qualitativa ao trabalho. Para efetuar a análise dos dados, optou-se por utilizar o método de Laurence Bardin, denominado “Análise de conteúdo”[34], o qual tem como definição as noções de objetividade e neutralidade. As questões foram analisadas de forma individual, dentro do mesmo questionário, através de uma primeira leitura inicial, denominada leitura flutuante. Após essa etapa inicial, as questões dentro do seu grupo foram categorizadas (quadro 8), correlacionando ideias e opiniões apresentadas, buscando assim, características de homogeneidade, fidelidade, objetividade e pertinência às categorias desenvolvidas. Por fim, foi possível elaborar hipóteses e explicações pertinentes ao tema.

As transcrições das respostas foram feitas de forma exata como os pesquisados responderam, portanto podem conter erros gramaticais.

Questão 1 – Sobre impressões pessoais referentes ao atendimento da UBS das doenças reumáticas e musculoesqueléticas relacionadas.

Após leitura exaustiva das respostas referentes a esta questão, notamos algumas impressões descritas pelos pesquisados, as quais emergiram dela e foram classificadas nos seguintes grupos temáticos: excesso de demanda nas unidades para esse e outros tipos de queixas; limitações estruturais do sistema de saúde para atendimento nas unidades; e profissionais que apresentam baixa qualificação.

- Demanda

É queixa frequente, na opinião dos pesquisados, que há uma sobrecarga de atendimentos, tanto pela grande quantidade de consultas, como por um baixo número de profissionais. Isto acaba gerando dificuldades, pois é fator limitador do tempo de consulta para queixas musculoesqueléticas, isto é, um complicador porque

são doenças que necessitam de um exame físico e anamnese detalhados para serem passíveis de uma boa condução.

Exemplo de respostas:

Profissional 1

"São queixas frequentes na UBS, os casos de menor complexidade poderiam ser seguidas na unidade básica."

Profissional 4

"Estas patologias devem ser pesquisadas com tempo para uma boa anamnese, exame físico [..], geralmente não há vagas disponíveis para seguimento devido à grande demanda e falta de profissionais."

Profissional 8

"São frequentes as queixas de dores articulares e músculo esqueléticas, muitas vezes deixadas de lado sem investigação [...] a limitação da UBS envolve o tempo para atendimento 4 a 5 pacientes por hora..."

Profissional 27

"Sinto que não posso dar meu melhor e pôr em prática o que aprendi; principalmente devido ao pouco tempo que tenho com cada paciente."

Profissional 45

"...por falta de tempo, não há como fazer uma intervenção mais adequada."

- Limitações estruturais

Apesar de todos os esforços que notadamente são feitos, ainda há deficiências na estrutura do atendimento praticado na UBS. Há limitação quanto à liberação de solicitação de exames, dificuldade para se dar fluxo às queixas de maior relevância pela falta de especialistas e, ainda, dificuldades para prescrição de medicações de maior especificidade.

Exemplo de Respostas:

Profissional 30

“Dificuldade de realização de alguns exames (Densitometria, PTH, Vitamina D, Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética).”

Profissional 43

“A falta de acesso a exames complementares, prejudicam o diagnóstico de certas doenças como, por exemplo, a osteoporose...”.

Profissional 44

“... grande dificuldade de agendamento com reumatologista (grande demanda e poucos especialistas). O agendamento chega a demorar mais de um ano...”.

- Baixa qualificação profissional

A impressão recorrente dos profissionais diz respeito à questão do baixo preparo que existe entre os clínicos no atendimento das queixas musculoesqueléticas. Alguns profissionais exercitam uma autocrítica de seu atendimento, assumindo suas deficiências.

Exemplo de Respostas:

Profissional 10

“ o atendimento é fraquíssimo, pois temos muitos profissionais sem noção alguma.”

Profissional 39

“... existe uma péssima formação dos colegas nessa área.”

Profissional 42

“...tenho dificuldade com o uso de corticoides. Me sinto inseguro em relação ao tempo e dose para terapia.”

Profissional 46

“... a maior dificuldade do clínico na UBS, é a falta de conhecimento específico das doenças reumáticas.”

Notamos, ao fim da análise das respostas, que na percepção dos profissionais, há *uma baixa qualidade de atendimento prestado* pelos motivos abordados nos 3 eixos temáticos. Porém é importante ressaltarmos que partiu de 2 pesquisados a opinião de que se sentem confortáveis em seguir tais doenças nas unidades de saúde, o que contraria a opinião da maioria. Isso pode ter ocorrido, pois sabemos que na unidade básica de saúde existem profissionais reumatologistas prestando atendimento, o que acaba gerando um viés diferenciado nas informações relatadas.

Questão 2 - Sobre as impressões acerca das falhas existentes no SUS, que dificultam o atendimento dessas doenças.

Após análise das respostas deste quesito, notamos a recorrência de alguns pontos levantados pelos pesquisados, a saber: deficiências estruturais; excesso de demanda, causando baixo tempo de atendimento; falta de programas educacionais.

- Deficiências estruturais

Os entrevistados entendem que as falhas na estrutura do atendimento são um problema que existe no sistema, desde a limitação para a solicitação de exames, até a dificuldade para se fazer um encaminhamento bem como a sobrecarga que existe sobre eles, o que dificulta a realização de uma consulta de melhor qualidade.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 1

“Quando surge a necessidade de exames complementares, nós, clínicos, somos bloqueados [...] acabamos por ter que encaminhar o paciente.”

Pesquisado 4

“...não estamos autorizados a pedir certos exames (só o especialista pode)....”

Pesquisado 11

“... há poucos profissionais especializados disponíveis [...] demora do encaminhamento.”

Pesquisado 17

“... demora nas filas de agendamento com o especialista para dar continuidade nos casos.”

Pesquisado 48

“...demora no encaminhamento (tempo de espera) para a atenção secundária.”

- Excesso de demanda

Outra queixa frequente é o excesso de consultas a que são submetidos os clínicos, tornando muito difícil a boa prática médica com atendimentos de qualidade.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 12

“... o principal problema acaba sendo o tempo de consulta...”

Pesquisado 47

“Falta estímulo para aprimorar o conhecimento. São muitas consultas em pouco tempo, (o que sobrecarrega o profissional)”

- Falta de programas educacionais

Como já abordado nas impressões dos profissionais, entende-se que há uma baixa habilidade do profissional para esse tipo de queixa. Sendo assim, uma falha apontada é a falta de programas de reciclagem e educação continuada que pudessem trazer uma melhor resolutividade,

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 14

"... necessário ter, com especialistas, cursos de 2 dias para auxiliar no diagnóstico e condutas..."

Pesquisado19

"... falta ainda uma capacitação ao clínico da UBS, com ajuda do especialista para esclarecer dúvidas."

Pesquisado 26

"Falta profissionais com conhecimento para estas patologias; é necessário cursos voltados ao clínico geral."

Ao fim da análise dessa questão, foram apontadas as falhas presentes sob o olhar do clínico que acompanha as suas impressões sobre o atendimento prestado, os quais foram abordados na questão anterior. Aqui também se detectou resposta de satisfação quanto ao atendimento que é possível realizar na UBS. De novo podemos atribuir isso à possibilidade de termos respostas provenientes de especialistas, naturalmente mais seguros na condução dos casos e na busca de alternativas que possam suprir as falhas existentes.

Questão 3 - Na terceira questão, foi solicitado ao pesquisado que apontasse medidas que seriam úteis para mudar o perfil e a estrutura do atendimento.

Diversos temas foram abordados e sugeridos, porém alguns de maior relevância ao trabalho e de uma forma mais recorrente, a saber: capacitação e treinamento periódico; diminuição da demanda, com consequente maior tempo para atendimento; melhoria na disponibilidade de solicitação de exames; estabelecimento de protocolos de atendimento; maior acesso ao especialista; e melhoria do sistema organizacional.

- Capacitação e treinamento

De nada servirá dispor de mais recursos estruturais, de maior número de profissionais, se estes não tiverem a capacitação que contemple as necessidades inerentes a essas queixas. É importante, sim, dar condições para os profissionais. Porém, mais importante é que eles saibam usar os recursos disponíveis. Ainda temos que considerar o avanço de conhecimento que vem ocorrendo de forma cada vez mais acelerada, é importante que se possibilite aos generalistas acesso a esses novos conhecimentos.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 1

"... concentrar esforços em osteoporose e osteoartrite, pode ajudar a diminuir o volume de paciente [..] maior número de pacientes têm essas queixas."

Pesquisado 4

"... necessário cursos de atualização para diagnóstico, tratamento dessas patologias..."

Pesquisado 8

"... projetos de reciclagem 1 x mês nas diversas especialidades.

Pesquisado 32

"...capacitação em horário compatível."

Pesquisado 39

"Capacitação dos médicos clínicos nas patologias mais prevalentes na UBS e esclarecimento do significado de alguns exames como FAN, Fator Reumatóide etc..."

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 42

"...programas para doenças reumáticas, como ocorre com diabetes, hipertensão e asma, com questionários [...] facilitar o raciocínio [...] orientasse o início de uma terapia inicial antes de encaminhar."

Pesquisado 43

"Cursos relacionados com a área, com ênfase em diretrizes de diagnóstico e tratamento."

- Diminuição de demanda

Hoje, inegavelmente, sabe-se o quanto o profissional do sistema primário encontra-se sobrecarregado. Diante disso, não se pode simplesmente cobrar um atendimento adequado em todas as consultas, porque, muitas vezes, os atendimentos se tornam rápidos e, por conseguinte, de baixa qualidade, diante da necessidade de demanda que se impõe a eles nas unidades. Portanto, se faz necessária uma adequação do número de atendimentos para que se possa sim, cobrar a qualidade do atendimento.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 3

" Necessário aumentar o número de médico na UBS...."

Pesquisado 4

" A primeira medida deve ser o aumento de médicos na UBS para aliviar a demanda e dar mais tempo para as consultas de cada paciente..."

Pesquisado 6

" ... medidas para educação da população para melhor uso do serviço de saúde."

Pesquisado 32

"...diminuição da quantidade de encaixes desnecessários..."

- Melhoria da estrutura

Para que se possa fazer uma boa avaliação e ter um diagnóstico certo, muitas vezes é necessário recorrer a um suporte de medicina armada. Isso deve ser corrigido para que as doenças possam ser seguidas nas UBSs. Liberação para solicitação de alguns exames, hoje restritos, pode fazer com que a necessidade de encaminhamentos diminua, pois muitas vezes é necessário utilizar-se do sistema secundário apenas por questões burocráticas. Além disso, faz-se necessário otimizar o sistema de referência contrarreferência para que haja uma troca de experiências e ajuda mùtua entre os setores de atenção básica e especializado.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 20

"...exames laboratoriais e de imagens acessíveis ao clínico."

Pesquisado 41

"... abrir espaço para solicitação de exames como densitometria [...] lógico se houver competência para interpretação."

- Multidisciplinaridade

Não se pode mais oferecer uma boa assistência a saúde se não avaliarmos e atendermos as necessidades, com um todo, de cada um dos usuários do sistema de saúde. Portanto se faz necessária a participação de profissionais de saúde de todas as áreas, interagindo e trabalhando, em harmonia, por um bem comum.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 7

" *necessário formar equipes com clínicos, psicólogos e fisioterapeutas nas UBSs."*

Questão 4 - Na última questão aberta, foi deixado um espaço para que o profissional expusesse alguma opinião ou percepção que não tivesse sido abordada e que julgasse de relevância. Pudemos notar uma variedade grande de opiniões e relatos. Decidimos agrupa-la em eixos temáticos similares, a fim de entender as

ideias em seu contexto. Optamos por dar ênfase a opiniões que não haviam sido abordadas nas questões anteriores, uma vez que havia diversas respostas relacionadas a deficiências estruturais e de necessidade de educação continuada.

- A multidisciplinaridade

Durante o passar dos anos, e especificamente para a área da saúde, houve uma evolução e uma subespecialização de atividades, com o intuito de apresentar melhores técnicas para tratamento e manutenção de saúde. Viu-se surgirem novas profissões e novos especialistas, sem levarmos em conta todo o avanço tecnológico disponível. Atualmente, cada vez mais se entende que o atendimento global do paciente é o caminho para entregar-lhe uma qualidade de saúde adequada. Não é possível mais apenas concentrar, na figura do médico e em medidas farmacológicas, a responsabilidade pelo tratamento. A abordagem deve contemplar o máximo de profissionais, só assim o usuário da saúde terá suas necessidades atendidas de forma mais completa.

Exemplo de respostas:

Pesquisado 22

“ ...existe a ilusão de que o especialista vai resolver definitivamente os problemas reumáticos [...] dificuldade em compreender que questões de dieta , exercícios [...] também fazem parte do tratamento ...”

Pesquisado 7

“... com a abordagem integral veríamos a pessoa [...] como um todo. Este é o princípio da integralidade [...] os recursos que poderiam ser usados em formação de equipes são mal gastos [..] qual o porquê de não termos mas equipes de estratégia de saúde...”

- Carência da população

Aqui devemos considerar questões educacionais, financeiras e culturais. Infelizmente, o usuário do serviço público no Brasil, em sua maioria, são os de maior carência. Na prática, isso influencia desde a consulta, que se torna mais complexa,

com maior dificuldade de se desenvolver uma anamnese adequada, até a decisão da terapêutica, muitas vezes prejudicada pela impossibilidade de manter tratamentos não fornecidos pelo sistema público, isto sem considerarmos, ainda, o entendimento por parte dos pacientes da importância do seguimento adequado e de sua parcela também de responsabilidade no tratamento.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 2

"... decorrente do baixo grau de escolaridade da maioria dos pacientes que não sabem informar medicações de uso e tratamentos pregressos."

Pesquisado 4

"... a população que já é carente em todos os sentidos, inclusive o financeiro."

-Formação médica

É fato que hoje há déficits importantes no processo de formação médica, e isso sem dúvida aparece quando analisamos as falhas na assistência prestada, é uma situação de causa e efeito.

Exemplo de Respostas:

Pesquisado 11

"As escolas médicas não dão ênfase de forma contundente para que se formem clínicos com tal bagagem."

Pesquisado 41

"Para melhorar o atendimento de doenças reumáticas nas UBSs faltam duas coisas: melhor preparo nas faculdades e mais força de vontade dos clínicos."

Em todas as questões surgiu a abordagem referente à demanda de produtividade e às limitações estruturais. É importante que se entenda a demanda como a relação que existe entre número de atendimentos versus o tempo disponível. Quando citamos a estrutura, queremos nos referir à estrutura do sistema de saúde como um todo, não apenas no que tange a cada unidades física.

Quadro 8 - Eixos temáticos da análise qualitativa

EIXOS TEMÁTICOS			
QUESTÃO 1	QUESTÃO 2	QUESTÃO 3	QUESTÃO 4
DEMANDA DAS UNIDADES	DEMANDA DA UNIDADES	DIMINUIR DEMANDA	MULTIDISCIPLINARIDADE
LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS	LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS	MELHORIA DA ESTRUTURA	CARÊNCIA DA POPULAÇÃO
BAIXA CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL	FALTA DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS	CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO	FORMAÇÃO MÉDICA
		MULTIDISCIPLINARIDADE	

5. DISCUSSÃO

Quando analisamos os dados encontrados, pudemos, com base nas informações dos profissionais que participaram do estudo, definir o perfil do médico que atende nas Unidades Básicas de Saúde de Sorocaba. É um profissional relativamente jovem sem predisposição para gênero, em sua maioria com um tempo de formação abaixo de 15 anos (55,1%) e com uma baixa formação em especialidades clínicas (34%). Sabemos, no entanto que para exercer uma boa prática médica clínica não é necessário, ou pelo menos não deveria ser, um treinamento específico em áreas clínicas, pois se espera, por ser preconizado nas diretrizes curriculares do curso de medicina[35], que o médico saia de sua graduação com a capacidade de lidar com problemas e doenças que são o enfoque do atendimento básico.

Vimos no perfil desse profissional que este tende a frequentar eventos científicos, o que mostra um interesse em buscar atualização. Ainda pudemos verificar que esse profissional, na sua maioria, tem a percepção pessoal da importância do seu papel como clínico de atenção básica. Isso se mostra evidente, pois a grande maioria se sentia reconhecida junto aos usuários quanto a sua prática médica. Essa percepção é importante, pois o profissional deve estar comprometido com a cidadania e como agente promotor da saúde integral, buscando analisar e solucionar problemas sociais que se apresentem[35], sem ser apenas um executor técnico.

Prosseguindo a análise, percebemos que o profissional encontra-se inserido num processo de excesso e sobrecarga de trabalho, pois tanto na análise quantitativa quanto na qualitativa essa foi uma queixa recorrente, mostrando que esta pode ser uma das razões que acabam culminando com uma baixa qualidade do atendimento prestado, além de um baixo número de profissionais interessados e envolvidos com o sistema público de saúde. Os profissionais relatam ter tempo insuficiente para um bom atendimento, relatam como um dos problemas principais a pressão imposta por demanda de atendimentos e citam esse como o fato que deve ser equacionado como uma das prioridades.

Outra queixa bastante relatada pelos profissionais refere-se à deficiência na estrutura do atendimento. Neste aspecto, diversos pontos são abordados como críticos. Por exemplo, o bloqueio da solicitação de alguns exames complementares por parte da gestão. Aqui fica uma crítica pessoal, tal fato implica uma intervenção na livre conduta clínica; acreditamos que, se bem justificado, todo e qualquer exame poderia ser solicitado por qualquer profissional médico e não apenas especialistas, como é ainda hoje. Essa atitude apenas dificulta o acesso e, invariavelmente, gera um atraso no diagnóstico e tratamento, acarretando, além disso, outro problema também relatado, que é a dificuldade de encaminhamento ao setor secundário visto o baixo número de especialistas e o excesso de guias de referências, muitas vezes apenas para a realização desses exames complementares. Notamos, enfim, que uma falha leva a outra, um problema mal equacionado desencadeia outros e assim as soluções ficam cada vez mais difíceis.

Esses dados relatados são de extrema relevância e devem ser vistos com muita atenção, pois o intuito é usar este estudo como um meio de melhorar a presente situação, razão pela qual algumas falhas estão sendo bem pontuadas.

Postas as questões estruturais, partimos então para a análise do fator humano. Para isso, analisamos os dados técnicos referentes às doenças de interesse deste estudo. Primeiramente, optamos por extrair a percepção de cada pesquisado frente às doenças reumáticas. Tivemos como retorno, segundo as respostas, que a percepção dos profissionais frente às doenças OA, gota, FM e OP, além de reumatismo de partes moles, apresentam maior facilidade de seguimento. Tanto é importante isso, que nenhum dos pesquisados assinalou OA e gota como sendo uma doença que gere dificuldade para eles. Novamente lembramos que o fato de existir uma percepção de facilidade ou dificuldade frente a uma doença não necessariamente condiciona a uma boa ou má condução clínica; expressa, sim, apenas a opinião pessoal do médico.

Assim, para confrontarmos a percepção com a real situação, analisamos os dados das respostas técnicas das doenças, verificando se esta suposta facilidade se confirmava. Vimos, então, que apenas gota, dentre as quatro doenças pesquisadas, ficou no percentil 70%-90% de acerto entre a maioria dos pesquisados, todas as outras permaneceram abaixo disso. Quando consideramos as taxas de acerto total,

somadas todas as doenças, o resultado da maioria ficou no percentil 50%-70%. Aqui deixamos a questão: podemos considerar uma taxa aceitável de acerto, já que estamos analisando clínicos gerais? Entendemos, aqui, uma limitação do trabalho não definir o que seria uma taxa de acerto esperada.

Ainda na análise técnica das doenças, optamos por separar os pesquisados em quatro grupos. Primeiro os formados com até 15 anos de formação, confrontando suas respostas com as do grupo com formação há mais tempo que isso, ou seja, acima de 15 anos, com o intuito de detectar possíveis diferenças no padrão de resposta relativamente ao tempo de atuação profissional. Notamos que não houve grande diferença no perfil das respostas, pudemos definir uma diferença estatisticamente significativa apenas na osteoartrite, com melhores índices para o grupo com até 15 anos. Talvez possamos atribuir o equilíbrio, nesse caso, à experiência e à curva de aprendizado adquirida pelos mais velhos, compensando o maior “frescor” educacional dos mais novos.

Os outros dois grupos pesquisados e confrontados foram os profissionais que tinham formação/ especialização em área clínica versus os de outras áreas. O que se observou foi uma tendência de melhores respostas para o grupo com formação clínica, ressaltando uma diferença estatística apenas quando se tratou de osteoporose. Isso nos leva a entender que as doenças pesquisadas não necessitam de conhecimentos clínicos aprofundados para receberem uma boa condução, basta um profissional com formação básica adequada, novamente reforçando a ideia deste estudo.

Uma questão que nos parece relevante e deve ser abordada neste momento, após a análise dos resultados, é que todo trabalho que visa fazer qualquer tipo de medição de conhecimento esbarra na questão da resistência dos pesquisados em sujeitar seu conhecimento e capacidade a um julgamento. Talvez por isso muitos dos profissionais a que solicitamos participação tenham recusado engajar-se no projeto, mesmo tendo sido reforçado que a intenção não era avaliar o profissional de forma individual, e sim inserido num sistema. Essa questão encontra corroboração em achados da literatura.

Aqui cabe citar um estudo realizado na Holanda e publicado no The Journal of Medicine[36] que mostrou uma tendência dos médicos a responderem sobre casos

clínicos, em pesquisas ou testes, quando percebem facilidade no mesmo, optando por abster-se quando se deparam com maior dificuldade, ficando a ideia de que o profissional médico tem dificuldade em se defrontar com o erro.

Podemos, então, partir do pressuposto de que apenas os que se julgam melhor capacitados ficaram confortáveis em participar deste trabalho, podendo gerar, assim, gerar um viés, que pode condicionar nosso padrão de respostas a algo baseado na opinião dos melhores e não da maioria absoluta.

Posto isso, a questão da qualificação médica torna-se pertinente nesta discussão, pois entendemos que talvez essa seja uma das chaves na equação da qualidade do atendimento. Mais do que qualificação, é importante analisarmos a competência. A tendência educacional em inúmeros países, como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos[37], é baseada nisso, por se entender, hoje, que esse seja o ponto a ser desenvolvido na aquisição do conhecimento de forma mais consistente e solidificada[38].

Definimos competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos que o indivíduo detém[39].

Tanto na literatura acadêmica quanto nos textos que fundamentam a prática a referência que baliza o conceito de competência é a tarefa[39].

Dito isso, entendemos que não adianta termos experts, se esses não conseguirem passar seu conhecimento para a prática. E é nisso que a busca pela competência se sustenta. Kenedy[40] demonstrou em seu trabalho que existe uma lacuna entre o conhecimento e o comportamento, ou seja, a prática, e existem inúmeras questões individuais que definem a atitude e as decisões que os profissionais tomam frente aos problemas que se apresentam.

É vasta a literatura que descreve inúmeras técnicas utilizadas com sucesso para capacitação e desenvolvimento de habilidades[41,42]. Não nos interessa escolhermos uma em específico para sugerir aplicar em nossa realidade, o que

pretendemos demonstrar é que cada situação merece uma atitude individualizada, e ferramentas não faltam para desenvolver projetos de educação.

Acreditamos que o foco de mudança deva estar principalmente na graduação. E nos parece aí, ainda, o ponto crítico dos principais problemas a ser superado; pois, como demonstrou um estudo realizado com 28 instituições de ensino médico no Brasil, a principal dificuldade em desenvolver novos conceitos educacionais e curriculares está na aceitação dos docentes. Estes, na maioria das vezes com baixa formação pedagógica e muita formação subespecializada, mantêm distância das novas demandas educacionais, perpetuando assim a situação de afastamento entre academicismo e prática[43].

É importante, sim, que a pesquisa caminhe, porém junto com a prática e a saúde pública, Medidas que promoveram e incentivaram o desenvolvimento de pesquisas voltadas a saúde pública mostraram-se eficazes e fizeram diminuir essa lacuna que existe entre a ciência e a realidade. Fizeram, ainda, com que ocorresse uma interação de ideias e desenvolvimento da cognição [44, 45, 46].

Portanto o que queremos e o que vimos como necessário com este trabalho é o desenvolvimento do conhecimento com cursos de capacitação, necessários sem dúvida. Mas, acima de tudo, é também o desenvolvimento da habilidade em agir, é desenvolver nos profissionais, desde sua formação, a condição de aprender a aprender. Isso demanda tempo e investimento, já que cada um tem seu tempo de desenvolvimento individual[47], no entanto esse é um caminho promissor para reais mudanças.

Não nos parece haver sentido em apenas desenvolver cursos rápidos sobre determinados assuntos, é preciso investir numa nova forma com que os profissionais se integrem com as demandas reais.

6. CONCLUSÃO

Nosso trabalho, mesmo tendo sido desenvolvido relacionado a condições reumáticas específicas, trouxe-nos relevantes informações no que diz respeito a questões organizacionais do sistema de saúde, proporcionando-nos ver a questão da assistência de saúde de uma maneira bastante amplificada e trazendo a percepção de que apenas analisar pontualmente o atendimento simplifica uma questão muito mais complexa, transformando-a numa típica situação de causa e efeito. Atribuímos muito à abordagem qualitativa que pudemos desenvolver essa possibilidade de verticalizar a idéia inicial do trabalho. Pudemos abordar profundamente a questão educacional, que surge como possível discussão mais relevante nesta dissertação.

A impressão que fica é que os profissionais apresentam, em princípio, disposição em executar seu trabalho da forma mais completa e correta possível. Porém esbarram em questões estruturais e relacionadas à organização do sistema de saúde, o que acaba por prejudicar essa condição.

É necessária, sim, uma revisão na maneira como a formação médica se dá e, acima de tudo, como se mantém, A eficácia das abordagens tradicionais de ensino revela-se cada vez mais insuficiente no objetivo de mudança ou aquisição de habilidades[48,49].Políticas educacionais nessa área devem caminhar ao lado de políticas de saúde, é importante pensar no profissional da saúde como parte integrante do sistema e seu potencial agente transformador desde o início de sua graduação, aproximando-o da prática[50]. Ele deve ser formado e treinado de forma que seja capaz de entender e questionar as falhas existentes e, assim, ser atuante no processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Os avanços são cada vez mais rápidos, é necessário atualização constante, é preciso que se dê condições para isso acontecer. Novas formas de ensino e currículos vêm sendo colocados em prática com o objetivo de suprir essas necessidades citadas. Há ainda certa resistência em aceitar novas tendências educacionais e formas de ensino[43], porém boas perspectivas se apresentam.

Além desse investimento na questão humana do processo, parece-nos claro, com os dados obtidos neste trabalho, que a organização gerencial do sistema de saúde público deve ser revista e modificada com certa prioridade. O sistema público ainda carece de uma melhor estrutura, necessita ser capaz de dar condições de trabalho adequadas para que os profissionais efetiva e concretamente se engajem.

Entendemos, por fim, que pudemos apontar falhas e condições a serem revistas. Acreditamos e esperamos que a contribuição deste presente estudo seja que ele possa ser um norteador de novas pesquisas e de intervenções, com o intuito de aperfeiçoar e desenvolver todo sistema assistencial frente às demandas e constantes transformações que se apresentam.

REFERÊNCIAS

1- Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2000. v. 1, p. 20. Legislação e normas pertinentes ao SUS.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade de acesso. 2ª ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, 116).

3- Natalini G. Princípios básicos do SUS. In: Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2001. v. 2, p. 21.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002 [Internet]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm.

5- IBGE [Internet]. [acesso em 01 fev. 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

6- Carvalho MAP, Lanna CCD, Bértolo MB. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

7- Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editores. Rheumatology. 4ª ed. Philadelphia: Mosby; 2007.

8- Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Júnior MH, editores. Dores musculoesqueléticas localizada e difusas. São Paulo; 2010.

9- Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. Ann Rheumatol Dis. 1998; 57:649-55.

10- Rekola KE, Kiukaanniemi KS, Takala J. Use of primary health service in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultations with a psysician. J Epidemiol Community Health. 1993; 47:153-7.

11- Hagen KB, Bjorndal A, Uhlig T, Kvien TK. A population study of factors associated with general practitioner consultation for non-Inflammatory musculoskeletal pain. Ann Rheum Dis. 2000; 59:788-93.

12- Uhling T, Hagen KB, Kvien KT. Why do patients with chronic musculoskeletal disorders consult their primary care physicians?. Curr Opin Rheumatol. 2002; 14:104-8.

13-Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R. Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. J Rheumatol. 1996; 23:351-6.

14-Gran JT, Nordvag BY. Referrals from general practice to an outpatient rheumatology clinic; disease spectrum and analysis of referral letters. Clin Rheumatol. 2000; 19:450-4.

15-Games-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. Br J Rheumatol. 1998; 37:1215-9.

16-Stainkey LA, Seidl LA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting list: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. Health Serv Res. 2010; 10:303.

17- Robert C, Adebajo AO, Long S. Improving the quality of care of musculoskeletal condition in primary care. Rheumatology. 2002; 41:503-8.

18-Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. J Rheumatol. 1994; 21:2344-8.

19-Saadi H, Litaker D, Mills W, Kippes C, Richmond B, Licata A. Practice variation in the diagnosis and treatment of osteoporosis: a case for more effective physician education in primary care . J Women's Health Gend Based Med. 1999; 8:767-71.

20-Boyer AL, Mira MA, Calatayud NP, Lopez-Roig S, Cantero Terol MC. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology setting: clinical and psychosocial features. Rheumatol Int. 2009; 29:1151-60.

21-Arnold LM, Stanford SB, Welge JA, Crofford LJ. Development and testing of the fibromyalgia diagnostic screen for primary care. J Women's Health. 2012; 21:231-7.

22-Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. Ann Med. 2011; 43: 295-502.

23-Petrella RJ, Davis P. Improving management of musculoskeletal disorders in primary care: the joint adventure program. Clin. Rheumatol. 2007; 26:1061-6.

24-Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R, et al. Management of common musculoskeletal problems: a survey of Ontario primary care physicians. CMAJ. 1998; 158:1037-40.

25-Chevalier X, Marre JP, Butler J, Hercek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR Recommendations. Clin Exp Rheumatol. 2004; 22:205-12.

26-Dziedzic KS, Hill JC, Porcheret M, Croft PR. New models for primary care are needed for osteoarthritis.Phys Ther. 2009; 8:1371-8.

27- Peat G, Croft P. Clinical assessment of the osteoarthritis patient. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001;15:527-44.

28- Goldenberg DL, DeHoratius RJ, Kaplan SR, Mason J, Meenan R, Perlman SG, et al. Rheumatology training at internal medicine and family pratice residency programs. Arthritis Rheum. 1995; 28(4):471-6.

29- Brown TM, Garg S, Chandran AB, McNett M, Silverman SL, Hadker N. The impact of best-pratice patient care in fibromyalgia on practice economics. J Eval Clin Pract. 2012; 18:793-8.

30- Glazier RH, Badley EM, Lineker SC, Wilkins AL, Bell MJ. Getting a grip on arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. J Rheumatol. 2005; 32:137-42.

31- Porcheret M, Healey E, Dziedzic K. Uptake of best arthritis practice in primary care-no quick fixes. J Rheumatol. 2011; 38:791-3.

32- Lineker SC, Bell MJ, Badley EM. Evaluation of an inter-professional education intervention to improve the use of arthritis best practices in primary care. The J Rheumatol. 2011; 38:931-7.

33- Endresen GKM. Fibromyalgia: a rheumatologic diagnosis?. Rheumatol Int. 2007; 27:999-1004.

34- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

35- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CNS nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001; 1, p. 38.

36- Lauw MN, Hoekstra JBJ, Limthorst GE. The success of a weekly medical quiz. test-based medical education. J Med. 2011; 69(4):205-6.

37- Cate OT, Scheele F. Competence-based postgraduate training. Can we bridge the gap between theory and clinical practice. Acad Med. 2007; 82(6): 542-7.

38- Mylopoulos M, Regehr G, Gisburg S. Exploring resident's perception of expertise and expert development. Acad Med. 2011; 86(10):546-9.

39- Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev Adm Comtemp. 2001; (ed. esp.):183-96.

40- Kenedy T, Regehr G, Rosenfield J, et al. Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. Acad Med. 2004; 79(5):386-93.

41- Kowacs PA, Twardowschy CA, Piovesan EJ, Wilkins AL, Bell MJ. General practice physician knowledge about headache evaluation of the municipal continual medical education program. Arq Neuropsiquiatr. 2009; 67(3):595-9.

42-Weiner SJ, Jackson JL, Garten S. Measuring continuing medical education outcomes: a pilot study of effect size of three cme intervention at an sgim annual meeting. J Gen Intern Med. 2009; 24(5):626-9.

43-Perin GL, Abdalla IG, Silva RHA, Lampert JD, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e formação de médicos. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33:70-82.

44-McKeithen T, Robertson S, Speight M. Developing clinical competence to assess learning needs and outcomes: the experience of the CS2Day initiative. J Contin Educ Health Prof. 2011; 31(S1):21-7.

45-Gourevitch MN, Jay MR, Goldfrank LR, Mendelsohn AL, Dreyer BP, Foltin GL, et al. Training physician investigators in medicine and public health research. Am J Public Health. 2012; 102(7):39-45.

46-Mylopoulos M, Regehr G. Putting the expert together again. Med Educ. 2011; 45:920-6.

47-Long DM. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. Acad Med. 2000; 75(12):1178-83.

48-Luna Filho B. Avaliação da competência médica- reflexão crítica. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 2005; 15(4):301-5.

49-Klass D. A performace-based conception of competence is changing the regulation of physicians' professional behavior. Acad Med. 2007; 82(6):529-35.

50-Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2001; 25(2):53-9.

APÊNDICES

Apêndice A:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B:

Carta aos colegas médicos assistentes das UBSs

Apêndice C:

Carta aos coordenadores de Unidade Básica de Saúde

Apêndice D:

Questionário instrumento de coleta de dados

Apêndice E:

Termo justificativo para alteração de titulo

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o atendimento das doenças reumáticas nas unidades básicas de saúde do município de Sorocaba. Esta pesquisa será base para o desenvolvimento de um projeto de pós graduação - nível mestrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde), com o título **"Avaliação das condições para diagnóstico de doenças reumáticas no serviço primário de atendimento da cidade de Sorocaba".**

O Sr(a) Dr(a) foi selecionado(a) devido sua área de atuação como médico(a) clínico em unidades de atendimento primário. Sua participação é de grande importância para este estudo, porém não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e /ou retirar seu consentimento, sem que isso lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo.

O objetivo deste estudo é conhecer como é feito o atendimento nas unidades de saúde no setor primário para as doenças: osteoartrose, osteoporose, gota e fibromialgia. Lembramos que a intenção não é avaliar o conhecimento técnico do profissional médico sobre as doenças.

Sua participação consistirá em responder a um questionário elaborado pelo pesquisador contendo questões abertas e de múltipla escolha pertinentes ao estudo.

Não existem riscos inerentes a que o Sr(a) irá se submeter. Em contrapartida, a intenção é que o estudo nos mostre caminhos para melhorar as condições para o atendimento no seu local de trabalho.

As informações obtidas serão confidenciais e não há necessidade de identificação pessoal nem das UBSs selecionadas.

Caso concorde com os termos acima o Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o endereço e forma de contato com o pesquisador, a fim de esclarecer qualquer dúvida que possa eventualmente ocorrer durante todo o desenvolvimento do estudo.

Declaro que li e entendi os objetivos, riscos e benefícios deste estudo concordando em participar

Sorocaba ___/___/___

.....

Sujeito da pesquisa

.....

Adriano Chiereghin – Pesquisador responsável

Contato

End.: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira 789 - tel: (15) 3234- 9555

DOCUMENTO EM 2 VIAS – 1ª VIA PESQUISADOR, 2ª VIA PESQUISADO

Apêndice B - Carta aos colegas médicos assistentes das UBSs

Ilmo. Colega da Unidade Básica de Saúde

Caro colega, estou encaminhado para sua apreciação um questionário, junto com um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que tem por objetivo colher informações que serão parte do desenvolvimento de um projeto de pesquisa que irá avalias as condições de atendimento de doenças reumáticas na atenção primária de saúde de Sorocaba.

Gostaria de pedir a gentileza de sua adesão, pois ela é de **extrema importância** não só para o desenvolvimento da pesquisa mas também para, futuramente, proporcionar melhores condições de trabalho, pois buscaremos identificar possíveis falhas existentes.

Com a identificação dos eventuais problemas, poderemos propor, caso seja necessário, reestruturação física das unidades, reestruturação do fluxo de referência e contrarreferência bem como desenvolver programas de educação continuada para reciclagem de todos os colegas interessados.

Portanto acredito que nossa parceria nesse processo só trará benefícios tanto aos médicos quanto para as unidades, principalmente a nossos pacientes.

Assumo aqui o compromisso de após a conclusão e análise dos dados, divulgar para todas as UBSs participantes o nosso parecer, dando assim o feedback necessário.

Reforço que seu envolvimento na pesquisa, respondendo ao questionário anexo, não lhe causará qualquer tipo de dano ou prejuízo, será preservado o total sigilo de sua identidade bem como das unidades pesquisadas. Portanto sinta-se à vontade para opinar sobre os temas que serão abordados.

Valorizando a preciosidade do seu tempo, desenvolvemos um questionário que levará cerca de 10 minutos para ser preenchido. O Termo de Consentimento deverá ser assinado em duas vias, sendo uma de posse sua e outra entregue, junto com o questionário, após preenchimento.

O coordenador de sua unidade ficará encarregado do recolhimento e posterior envio de seu questionário.

Desde já agradeço sua atenção e seu engajamento na busca da melhoria do atendimento da saúde em nosso município

Muito obrigado

Adriano Chiereghin

Médico Reumatologista

Pós - graduando do curso de Mestrado da PUC-SP

Apêndice C - Carta aos coordenadores de Unidade Básica de Saúde

Ilmo.(a) Sr (a) Coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde

Caro Coordenador, estou realizando, em associação com a PUC-SP e o apoio da Prefeitura Municipal de Sorocaba, um projeto de pesquisa, com o intuito de avaliar as condições de atendimento de doenças reumáticas nas UBSs do Município de Sorocaba.

Trata-se de um projeto para o desenvolvimento de uma dissertação para pós-graduação em nível de mestrado.

A intenção desta pesquisa é identificar possíveis falhas ou carências que possam ser corrigidas e que possibilitem a melhoria do atendimento à população.

Meu contato com o Sr.(a) é no sentido de contar com sua colaboração sensibilizando os médicos clínicos da atenção primária de sua unidade, para que respondam ao questionário proposto, pois essas informações serão a base do desenvolvimento do projeto.

Necessito de sua ajuda para fazer a distribuição e posterior coleta dos questionários que será feita em envelope lacrado e encaminhados, via malote, à Secretária de Saúde de Sorocaba juntamente com as primeiras vias dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido, preservando sempre o sigilo dos pesquisados.

Ressalto que não haverá qualquer tipo de prejuízo para o Sr(a) nem para sua unidade, pois todos os dados serão coletados de forma sigilosa e em estudo duplo cego. Só será identificada a região da UBSs.

Deixo-me a disposição para esclarecer qualquer dúvida eventual.

Contando com sua colaboração, desde já agradeço o empenho e o engajamento.

Adriano Chiereghin

Médico Reumatologista

Pós - graduando do curso de mestrado da PUC-SP

e-mail: dichi78@hotmail.com

Apêndice D - Questionário instrumento de coleta de dados

Obs: As respostas assinaladas em vermelho na parte 2 do questionário são as consideradas certas e, portanto, deveriam ser assinaladas

Questionário para coleta de dados

Parte 1 - Perfil do médico

Data de Nascimento:___/___/_____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Universidade de Graduação:_____

Ano de Graduação:_____

Residência Médica ou Estágio Credenciado: ( ) Cursando ( ) Não ( ) Sim

Onde? _____ Curso _____

Quantos anos de duração? _____

Título de especialista? ( ) Sim ( ) Não

Qual? :_____

No seu curso de graduação você foi preparado para dar atendimento a casos básicos de Reumatologia?

( ) sim ( ) não ( ) parcialmente

Em que ano(s) da graduação teve contato para atendimento dessas doenças?

_____

Há quanto tempo atua como médico clínico em UBS? _____

Em relação ao seu local de trabalho, quantos dos 21 períodos semanais, inclusive fim de semana, você dedica a cada um desses setores?
Obs. (Um Dia 3 Períodos: manha, tarde e noite)

a) UBS _____períodos
b) Consultório particular _____períodos
c) Ambulatório de convênio _____períodos
d) Ambulatório SUS _____períodos
e) Pronto Socorro e Pronto Atendimento _____períodos
f) Outros _____períodos Qual?_____

Nos últimos dois anos de quantos cursos e/ou congressos participou? _____ eventos

Quanto você utiliza dos seguintes meios para atualização em relação aos assuntos médicos? **(Pontue de 1 a 5 conforme o grau de utilização, sendo 0 para nenhuma, 1 para utilização anual, 2 utilização semestral, 3 utilização mensal, 4 utilização semanal e 5 para utilização diária)**

a) Livros _____
b) Publicação de revistas e periódicos _____
c) Congressos e cursos de entidades médicas _____
d) Representantes de laboratório ____
e) Internet ____

Parte 2 – Perfil do atendimento

Quantos pacientes você atende por hora na UBS?

a) até 2 pacientes / hora;
b) 3 a 5 pacientes / hora;
c) 6 a 8 pacientes / hora;
d) Mais que 8 pacientes / hora

Qual o tempo médio que julga necessário para atendimento de pacientes com queixas reumáticas ou músculoesqueléticas relacionadas? _____ minutos

Você acha que atualmente está atendendo estes casos com tempo:

( ) Insuficiente ( ) Suficiente

Se considerou insuficiente, o que limita seu tempo de atendimento?

( ) sua disponibilidade de horário
( ) a pressão de demanda na unidade de saúde
( ) falta de conhecimento específico
( ) pouco interesse em abordar tais queixas
( ) outros. Qual? _____

Em quais doenças reumáticas abaixo tem mais **facilidade** de atuação? (cite até 5)

( ) Osteoartrite(artrose);
( ) Fibromialgia;
( ) Gota;
( ) Osteoporose;
( ) Lúpus Eritematoso Sistêmico;
( ) Polimiosite/Dermatomiosite;
( ) Artrite Reumatoide;
( ) Síndrome de Sjogren;
( ) Vasculites;
( ) Reumatismo de Partes moles (tendinites, bursites etc.);

( ) Esclerodermia;
( ) Polimialgia Reumática.

Em quais doenças reumáticas baixo tem mais **dificuldade** de atuação? (cite até 5)

( ) Osteoartrite(artrose);
( ) Fibromialgia;
( ) Gota;
( ) Osteoporose;
( ) Lúpus Eritematoso Sistêmico;
( ) Polimiosite/Dermatomiosite;
( ) Artrite Reumatoide;
( ) Síndrome de Sjogren;
( ) Vasculites;
( ) Reumatismo de Partes moles (tendinites, bursites);
( ) Esclerodermia;
( ) Polimialgia Reumática.

Nas questões a seguir, assinale quantas alternativas julgar correta

Especificamente para o diagnóstico de **Osteoartrite**

Quais critérios clínicos você julga importantes para o diagnóstico

a) Dor;
b) Crepitações;
c) Algum aumento de volume articular;
d) Calor e rubor severo.

Quais critérios laboratoriais você julga importantes no diagnóstico e/ou seguimento?

a) Provas inflamatórias normais ou pouco alteradas;
b) Hemograma normal;
c) Fator Reumatoide - Látex positivo;
d) Função tireoideana alterada;
e) Fosfatase alcalina alterada.

Quais critérios radiológicos você julga importantes para o diagnóstico?

a) Diminuição espaço articular;
b) Esclerose subcondral;
c) Formação de osteofitos;

d) Erosões em osso subcondral;
e) Osteoporose justa articular.

Especificamente para o diagnóstico de **Gota**

Quais critérios clínicos você julga importantes para o diagnóstico?

a) Intensidade de dor;
b) Processo inflamatório articular – artrite;
c) Presença de tofos;
d) Febre alta;
e) Inicio Súbito.

Quais exames laboratoriais você julga importantes para o diagnóstico e/ou seguimento?

a) Acido úrico sérico;
b) Presença de cristais de urato no liquido sinovial.

Quais dados na anamnese você julga importantes o para diagnóstico?

a) História de uso de álcool;
b) História de calculo renal;
c) História familiar.

Especificamente para o diagnóstico de **Fibromialgia**

Quais critérios clínicos você julga importantes para o diagnóstico?

a) Dor espontânea;
b) Dor exclusiva ao movimento;
c) Artrite;
d) Febre;
e) Pontos gatilhos de dor >11 obrigatoriamente.

Quais exames laboratoriais você julga importantes para o diagnóstico?

a) Hemograma;
b) Função tireoidiana normal;
c) Provas função hepática alterada;
d) Dosagem de CPK alterada.

Quais critérios na anamnese você julga importantes para o diagnóstico?

a) Sono não restaurador;
b) Depressão ou labilidade emocional;
c) Fadiga crônica;
d) Perda de peso significativa.

Especificamente para o diagnóstico de **Osteoporose primária**

Quais dados da anamnese você julga importantes para o diagnóstico?

a) História familiar;
b) Antecedente de fratura patológica;
c) Antecedente de tabagismo;
d) Antecedente de uso de corticoide.

Quais critérios laboratoriais você julga importantes para o diagnóstico e/ou seguimento?

a) Dosagem de cálcio sérico e urinário;
b) Dosagem de VHS;
c) Dosagem de vitamina D;
d) Dosagem de fosfatase alcalina;
e) Dosagem de PTH.

Quais exames abaixo você julga importantes para o diagnóstico e/ou seguimento?

a) Cintilografia com hipercaptação;
b) Densitometria óssea com T score < -2,5 desvios padrão;
c) Tomografia computadorizada com contraste com captação óssea;
d) Ressonância nuclear magnética com alteração de sinal.

Quais são os motivos mais frequentes dos seus encaminhamentos para o Especialista- Reumatologista?
(assinale uma ou mais)

a) Complexidade do caso;
b) Falta de conhecimento técnico para essas doenças;
c) Falta de tempo adequado para diagnosticar e tratar essas doenças;
d) Falta de interesse em seguir esses casos;
e) Opinião de que esses casos devem todos ser tratados em especialista;
f) Falta de recurso estrutural para seguimento desses casos.

Nas guias de encaminhamento, você apresenta descrição do exame físico?

( ) Maioria das vezes, sim;

( ) Maioria das vezes, não;

( ) Nunca, mas examino o paciente;

( ) Não examino os pacientes e encaminho direto.

Nas guias de encaminhamento são preenchidas suas hipóteses diagnósticas?

( ) Maioria das vezes, sim;

( ) Maioria das vezes, não;

( ) Nunca.

Em sua opinião, o que seria útil para que as doenças osteoatrite, gota, osteoporose e fibromialgia fossem resolvidas mais facilmente na rede básica?

Marque uma ou mais alternativas

( ) Maior tempo para o atendimento de consultas;

( ) Capacitação dos médicos da rede básica;

( ) Apoio de médico especialista para os casos de maior complexidade;

( ) Aumento do número de médicos da rede básica;

( ) Outro. Qual?_____

Em relação a sua atuação como clínico na UBS, você se sente reconhecido profissionalmente pelos pacientes?

SIM ( ) NÃO ( )

SE RESPONDEU **NÃO,** CITE OS MOTIVOS:_____

Parte 3 – Sugestões e impressões pessoais

Discorra, em algumas linhas, sobre suas impressões pessoais referentes ao atendimento de doenças reumáticas e músculoesqueléticas na UBS.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Discorra a respeito de suas impressões sobre quais as falhas existentes no SUS que dificultam o atendimento dessas doenças.

_____
_____
_____
_____

Em sua opinião, quais medidas seriam úteis para a melhoria das condições de atendimento (podem ser medidas que mudem o atendimento ou a estrutura dos locais de atendimento).

_____
_____
_____
_____

Fique à vontade para expor qualquer outra opinião ou impressão que não foi abordada neste questionário sobre o atendimento de doenças reumáticas em atenção primária.

_____
_____
_____

Obrigado !

Apêndice E - Termo justificativo para alteração de titulo

O projeto foi inicialmente elaborado com o título **“Avaliação das Condições para Diagnóstico de Doenças Reumáticas no Serviço Primário de Saúde da Cidade de Sorocaba-SP”.** Com esse título foi feita a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e a aplicação dos questionários aos sujeitos da pesquisa. Por esse motivo, notamos que na carta enviada aos colegas (Apêndice B) e no termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A) consta esse título. Porém, após a qualificação e por orientação da banca, o título foi mudado para “**Análise das Condições para Diagnóstico de Doenças Reumáticas na Atenção Básica de Saúde na Cidade de Sorocaba-SP**” sendo esse o escolhido como definitivo para o projeto.

ANEXOS

Anexo A:

Comitê de Ética em Pesquisa: Aprovação do projeto

Anexo B:

Transcrição das respostas qualitativas

Anexo C:

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

Anexo A: - Comitê de Ética em Pesquisa: Aprovação do projeto

PUC - SP

Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
CEP. 18030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900
Telefax (015) 3212-9879
Caixa Postal 1570

Hospital Santa Lucinda

Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-9900/9837/9935
Caixa Postal 1570
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 29 de agosto de 2011

Ilmo. Sr.
Adriano Chiereghin
Pesquisador responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em **09.08.11.**

Projeto de pesquisa: **"Avaliação das condições para diagnóstico de doenças reumáticas no serviço primário de saúde da cidade de Sorocaba-SP"**, "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e o parecer do relator.

Profº Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP

RECEBIDO POR
EM 21 SET 2011
Favor devolver para o Comitê de Ética em Pesquisa.

Anexo B - Transcrição das respostas qualitativas

Pesquisado 1	São frequentes as queixas musculoesqueléticas dos pacientes nas UBSs e os casos de menor complexidade podem ser facilmente tratados na rede básica.	Quando surge necessidade de exames complementares para tratamento via alto custo, como Densitometria óssea ou medicação nos clínicos, somos bloqueados nas solicitações e acabamos tendo que encaminhar.	Talvez concentrar alguns dias para mutirões, como osteoporose e osteoartrite, para ajudar a diminuir o volume de pacientes na espera, pois os maiores números de encaminhamentos são nessas patologias.	_____
Pesquisado 2	Percebo que os pacientes das queixas reumatológicas procuram a UBS várias vezes até que se consiga consulta e guia para encaminhamentos Com isso atrasa o diagnóstico e diminui qualidade de vida.	Pouco tempo de consulta, dificuldade para solicitação de exames, demora no agendamento de consultas nas UBSs, dificuldade para encaminhamento, ausência de guia de contra referência e demora no diagnóstico e tratamento.	Aumentar tempo de consulta, rapidez na realização de exames, rapidez no encaminhamento ao especialista, guia de contrarreferencia.	Outra grande dificuldade é a realização da história de anamnese mal feitas devido ao baixo nível de escolaridade dos pacientes que não abem informar as medicações e tratamentos a que foram submetidos.
Pesquisado 3	_____	Faltam estrutura e capacitação das equipes, faltam exames específicos , falta medicação específica, falta tempo para atendimento nas UBSs.	Aumentar o número de médicos nas UBSs, liberação de exames, melhorar fluxo nas UBSs.	As UBSs são em pequeno número, considerando um grande número de pacientes e, portanto, mal acompanhados, isso afasta os doentes com dor.
Pesquisado 4	Essas patologias devem ser pesquisadas com tempo para uma boa anamnese, exame físico e possibilitar o paciente retornar à UBS quando em fase aguda. Geralmente não há vagas para esse atendimento devido a grande demanda de pacientes e falta de médicos.	Não estamos autorizados a pedir certos exames, por exemplo, Densitometria óssea. Quando solicitamos exames, há grande demora na realização pelo excesso de demanda e aparelho que fica quebrado. O paciente não tem condições de pagar por exames e tratamentos.	Em primeiro lugar deve ter mais médicos para aliviar a demanda e mais tempo de consultas. Cursos de atualização para diagnóstico e tratamento, possibilidade de pedir exames e condições para realizar exames com maior rapidez e poder solicitar exames específicos.	Medicamentos acessíveis à população extremamente carente em todos os sentidos, inclusive financeiro.
Pesquisado 5	A limitação nas UBSs envolve tempo de atendimento (4- 5 por hora), dificuldade para solicitação de alguns exames não autorizados em UBS. Também quanto a medicações específicas para	Pouca capacidade dos médicos.	Aumento do número de médicos, para disponibilizar mais tempo para consultas. Oferecer ao médico maior aparato diagnóstico Oferecer cursos de capacitação e reciclagem além de instituir protocolos.	_____

	doenças reumáticas que não sabemos se tem disponibilidade.			
Pesquisado 6	_____	_____	Ensinar a população o melhor uso da saúde pública.	_____
Pesquisado 7	Podemos tratar estas doenças de uma forma mais integral, porém temos profissionais dispersos, poderíamos ter fisioterapeutas nas unidades, por exemplo, mas não há nem espaço físico para isso.	A meu ver não é falha do SUS e sim da política local quanto à multidisciplinaridade, o problema é do gestor.	Formar equipes com clínicos, psicólogos, fisioterapeutas.	O uso da tecnologia é importante porém não imprescindível, devemos ter tempo para escutar as queixas. Na atenção básica, 80% das doenças são passíveis de seguimento É necessária uma abordagem intergral e multidisciplinar . Não acho que faltam recursos, mas sim que estão sendo mal empregados.
Pesquisado 8	São frequentes as queixas de dores articulares e músculo esqueléticas, muitas vezes deixadas de lado, sem investigar, e somente tratadas com AINH.	O clínico não pode solicitar exames específicos complementares, como DO. Falta de Contra referência	Acho que seria bacana um projeto de reciclagem, um debate 1 x mês em cada área, com especialistas abordando os principais temas. Já participei de um sobre insuficiência renal e foi interessante Gostaria de receber contrarreferências com relatos dos diagnósticos e como proceder para continuar o tratamento.	_____
Pesquisado 9	Vários pacientes demoram a passar com especialista.	_____	Talvez um curso de atualização.	Pacientes reumáticos são habitualmente pacientes “chatos”.
Pesquisado 10	Acho fraquíssimo, pois temos profissionais sem noção nenhuma.	Falta poder do clinico para pedir exames.	Devem existir especialistas nas UBSs para diminuir a demanda da policlínica.	_____
Pesquisado 11	Há necessidade de especialistas in loco.	Poucos profissionais especializados disponíveis.	Salário digno a estes profissionais, que os atraia para o posto de saúde para trabalhar diariamente.	As escolas médicas não dão ênfase de forma contundente para que se formem clínicos com tal bagagem.
Pesquisado 12	Eu particularmente peço exames, porém alguns médicos acabam encaminhando sem nenhum exame inicial.	O principal problema é o tempo de consulta, alem da falta de médicos e dificuldade de pedir alguns exames.	Aumentar número de médicos. Treinamento e protocolos específicos.	_____
Pesquisado 13	_____	_____	_____	_____
Pesquisado 14	No caso da osteoporose, temos limitações, pois não podemos solicitar densitometria óssea.	_____	Gostaria de ter com especialistas um curso de 2 dias, para auxiliar diagnóstico e condutas com fluxo pra encaminhamentos.	_____
Pesquisado 15	Já fiz muitos diagnósticos, mas não tenho como fazer o seguimento dos pacientes.	Falta de medicação e exames nas unidades.	Reestruturação das vagas.	_____

Pesquisado 16	_____	_____	Protocolos e cursos, menos restrições sobre exames.	_____
Pesquisado 17	Em minha opinião, a demanda maior é psiquiátrica, que mascaradamente se torna queixa musculoesquelética	Número de pacientes/atendimentos hora. Demora nas filas de agendamento com especialistas para continuidade dos casos.	Menor número de pacientes/hora. Capacitação e treinamento periódico. Avaliação com especialistas e após seguimento na UBSs.	_____
Pesquisado 18	O atendimento e resolução poderiam ser muito melhores, com capacitação e apoio das especialidades nos casos mais complexos.	Falta de capacitação, bloqueio de exames aos clínicos da rede básica.	Número mais adequado de médicos nas UBSs. Adequação dos exames.	A maioria dos problemas poderia ser solucionada na UBS se os clínicos estivessem qualificados e com uma melhor comunicação com as especialidades.
Pesquisado 19	São patologias extremamente frequentes e com baixa resolutividade	Não temos autorização para solicitar alguns exames Falta de capacitação dos clínicos da UBSs Falta de apoio dos especialistas	_____	_____
Pesquisado 20	Pouco diagnosticada. Subtratadas. Difícil seguimento.	Agendamento muito prolongado.	Orientação. Protocolos. Exames acessíveis.	Deveria ter um programa de atenção a doenças reumáticas como existe para DM e HAS.
Pesquisado 21	_____	Falta de capacitação e também de especialistas.	Mais profissionais.	_____
Pesquisado 22	Atendimento falho por falta de capacitação profissional. Pressão da unidade, paciente acaba sendo preterido frente a outros com HAS e DM.	Falta de tempo do profissional. Falta de atendimento nutricional e de programas de atividade física com profissional habilitado. Falta de capacidade da equipe.	Mais facilidade no encaminhamento dos casos ao reumatologista e ortopedista. Retorno da contrarreferência preenchida.	Muitos pacientes têm a ilusão de que o especialista vai resolver os problemas definitivamente, e tem grande dificuldade em entender que perda de peso, exercício, dieta específica fazem parte do tratamento.
Pesquisado 23	Tratadas superficialmente de forma a serem aliviados os sintomas.	Faltam oportunidades sociais, falta equipe multidisciplinar.	Protocolos definitivos para abordagem clínica e encaminhamento ao especialista.	_____
Pesquisado 24	A maioria dos casos pode ser resolvida pelos clínicos dos centros de saúde, que são capazes de resolver.	Eu penso que depende mais da boa vontade do profissional, pois este, com os exames laboratoriais existentes, pode fazer um bom trabalho. Só falta densitometria óssea.	As condições melhoraram muito nas UBSs, o clinico pode tratar adequadamente as doenças reumáticas.	_____
Pesquisado 25	O atendimento das UBSs é precário, o papel dos clínicos nas unidades resume-se a preenchimento de guias e receitas de uso contínuo.	Falta de estímulo financeiro e estrutural, por que o médico vai fazer esse serviço extra se não é remunerado adequadamente e mesmo se quisesse esbarra em bloqueio de solicitação de exames.	Contratação e médicos especialistas.	_____
Pesquisado 26	Doenças reumáticas geram confusão entre os próprios reumatologistas, são de difícil diagnóstico.	Falta de profissionais com conhecimento sobre as doenças.	Cursos para orientação e conduta.	_____

Pesquisado 27	Sinto que não posso dar meu melhor e põr em prática o que aprendi, devido a pouco tempo que tenho com cada paciente.	Grande número de pacientes na agenda e falta de liberdade para solicitar exames.	Aumentar tempo de consulta, diminuindo a quantidade de pacientes da agenda e liberando densitometria óssea.	Necessidade de um psicólogo mais acessível, para encaminhar pacientes, principalmente com fibromialgia. Tratamentos alternativos como a acupuntura e terapia ocupacional.
Pesquisado 28	_____	_____	_____	_____
Pesquisado 29	Falta capacitação periódica.	_____	_____	_____
Pesquisado 30	Dificuldade de alguns exames (ex DO, vit D).	_____	_____	_____
Pesquisado31	_____	Limitação de exames. Pouco número de especialistas.	Respostas dos especialistas com guia de referência Capacitação dos clínicos.	_____
Pesquisado 32	_____	Falta de investimento nos médicos e suas necessidades.	Melhora da estrutura física. Reconhecer importância das UBSs na atenção básica. Evitar encaixes desnecessários. Capacitação em horário compatível.	Não adianta marcar capacitação em final de semana ou à noite, trabalhamos muito, ganhamos pouco. Deveria ser no horário de trabalho.
Pesquisado 33	Acho bastante deficitário, tanto pelo pouco tempo que temos para coletar anamnese alem de falta de reciclagem dos médicos para este assunto.	Falta de estrutura (falta de alguns exames e capacitação dos profissionais da rede básica).	Acho que uma simples capacitação dos médicos e deixar ao alcance exames utilizados para população frequentemente, como DO, já melhoraria muito o serviço.	_____
Pesquisado 34	_____	_____	_____	_____
Pesquisado 35	As doenças reumáticas, como não são a maioria dos atendimentos, sempre acabam subestimadas.	Capacitação profissional. Exames complementares.	Cursos de reciclagem. Opinião dos reumatologistas.	_____
Pesquisado 36	Em se tratando de pacientes com complexidade física, e psico-mental, necessita de tempo hábil para orientação.	Despreparo do clinico e tempo não disponível.	Ter mais tempo disponível e capacitação dos médicos da UBS, Suporte de especialistas com contrarreferência.	Necessidade de inter-relacionamento do clínico e especialista. Aumento de médicos disponíveis para aumentar tempo de consulta. As especialidades não dispensarem os pacientes, deixando a carga só nos clínicos.
Pesquisado 37	São reconhecidas e encaminhadas.	Provavelmente a definição feita pelo profissional entre poliqueixa e doença real.	_____	Acho que o processo deva ser de encaminhamento após reconhecimento da patologia.
Pesquisado 38	_____	_____	_____	_____
Pesquisado 39	Existe uma falta de resolução grande dos casos com	Principalmente a formação inadequada dos médicos que não têm especialização na	Capacitar os médicos clínicos nas patologias mais prevalentes na UBS.	

	necessidade desproporcional de encaminhamento , por não termos os recursos necessários para diagnostico, mas principalmente pela péssima formação dos colegas na área.	área e também porque esses pacientes querem passar com especialistas não reumatos, como ortopedistas principalmente.	Esclarecimento de exames como FAN, fator reumatoide etc.	_____
Pesquisado 40	Em relação à osteoporose, não é permitido a UBS solicitar alguns exames, como densitometria.	Capacitação profissional e facilitar a realização de alguns exames.	Sugiro que pelo menos 2 x semana o reumatologista poderia fazer atendimento na UBS, descentralizando o atendimento da policlínica e mantendo maior interação com os médicos das unidades.	Elaboração de protocolos, tal qual existe para hipertensão, diabetes e asma.
Pesquisado 41	Ruim ninguém examina, pois doente reumático é complexo.	Qualidade de atendimento ruim.	Abrir espaço para se pedir exames mais complexos, ex: DO. Lógico se houver competência para interpretá-los.	Para melhor seguimento de doenças reumáticas na UBS faltam 2 coisas: melhor preparo nas faculdades e mais força de vontade dos clínicos.
Pesquisado 42	As doenças reumáticas são de difícil diagnóstico, em especial Lúpus. Para dificultar ainda mais nosso trabalho, os pacientes são crônicos, poliqueixosos, não respondem ao tratamento. Tenho dificuldade em administrar corticoide, me sinto insegura em relação ao tempo e dose terapêutica.	O paciente é crônico, procuram o serviço várias vezes, você investe, e ele não responde. Isso toma tempo na consulta, necessitando de vários retornos e reavaliações, tornando inviável o tratamento das doenças reumáticas na unidade básica.	Talvez um programa de doença reumática assim como da hipertensão. A elaboração e algoritimo que indicasse a terapia básica antes de encaminhar.	Gostaria de feedback de palestras de atualização.
Pesquisado 43	A falta de acesso a exames complementares prejudica o diagnóstico e tratamento de varias doenças como, por exemplo, osteoporose. Outras patologias necessitam de especialista, devido complexidade e gravidade.	Falta conhecimento técnico para essas patologias. Falta acesso a exames complementares. Dificuldade de encaminhamento.	Cursos relacionados à área. Diretrizes de diagnóstico e tratamento.	_____
Pesquisado 44	Como a grande maioria dos casos não são de alta complexidade, tenho tratado os pacientes com boa resposta, porém sem total convicção do diagnóstico	Falta de capacitação específica dos médicos da rede básica.	Capacitação.	Acho que as doenças reumáticas não complexas podem ser tratadas na UBS, desde que haja capacitação e que se tenha referência quando necessário.

	tratamento. Minha atitude ocorre pela dificuldade de agendamento com reumato muita demora, por isso assumo os casos.			
Pesquisado 45	Como atendo população idosa, há várias outras doenças que poderiam ser abordadas e por falta de tempo, não há como fazer.	Grande número de pacientes com patologias associadas. Não podemos pedir DO. Formulários de prescrição de medicamentos são complexos.	Atualização de médicos.	Os médicos das UBS precisam tratar hipertensão, diabetes, sequela de AVC, doenças pulmonares, obesidade, dislipidemia, fica difícil abordar, fazer seguimento de tantas doenças.
Pesquisado 46	Acredito que a maior dificuldade dos clínicos seja a falta de conhecimento especifico.	Desconhecimento especifico.	Capacitação para clínicos. Linha direta com especialistas.	Treinamento dos clínicos.
Pesquisado 47	Devido à falta de tempo e conhecimento especifico, muitas doenças são sub diagnosticadas e mal tratadas.	Falta estimulo para aprimorar conhecimento, muitas consultas em pouco tempo, o que sobrecarrega o profissional.	Palestras, artigos que possam ser fornecidos aos clínicos.	_____
Pesquisado 48	Doenças de alta prevalência e de difícil tratamento.	Alta demanda de pacientes. Pouco tempo disponível para avaliação e consulta. Falta de capacitação. Demora no encaminhamento.	Aumentar o número de médicos. Capacitação dos profissionais. Liberdade para pedir exames.	_____
Pesquisado 49	Necessidade de mais conhecimento específico. Dedicar mais tempo aos pacientes.	_____	_____	_____

Anexo C - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

• Atenção à saúde : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;

• Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de

equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;

• Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

• Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

• Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

• Educação permanente : os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas:

· Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

• Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

· Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

· Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

· Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

· Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

· Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

· Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

· Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

· Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

· Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

· Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e continuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

· Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento

do processo de morte;

· Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

· Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

· Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

· Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

· Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

· Considerar a relação custo-beneficio nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

· Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

· Atuar em equipe multiprofissional;

· Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais do curso de graduação em Medicina devem guardar estreita relação com as necessidades de saúde mais freqüentes referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde. Devem contemplar:

• Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

• Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais,

psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

• Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

• Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

• Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

• Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

4. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

A estrutura do curso de graduação em medicina deverá:

• ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
• utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
• incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
• promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
• inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
• utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
• propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o inicio de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
• através da integração ensino-serviço vincular a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

5. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

· Estágios

A formação médica incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade, com duração mínima de 2700 horas.

O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.

O Colegiado do Curso de Medicina poderá autorizar, no máximo de 25% da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de pós-graduação.

· Atividades Complementares

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Medicina e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

· Monitorias e Estágios,

· Programas de Iniciação Científica;

· Programas de Extensão;

· Estudos Complementares;

· Cursos realizados em outras áreas afins.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de medicina devem ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se

fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.

As avaliações somativa e formativa do aluno deverão basear-se nas

competências, habilidades e conteúdos curriculares.

O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para

acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.