



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Análise das condições para diagnóstico de doenças reumáticas na atenção básica de saúde na cidade de Sorocaba-SP



Adriano Chiereghin^{a,*} e José Eduardo Martinez^b

^a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP, Brasil

^b Disciplina de Reumatologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 25 de outubro de 2013

Aceito em 28 de abril de 2014

On-line em 17 de outubro de 2014

Palavras-chave:

Doenças reumáticas

Atenção primária de saúde

Educação médica continuada

R E S U M O

Objetivos: Definir o perfil do profissional que atende no setor primário de saúde na cidade de Sorocaba, analisar o meio em que está inserido e tentar 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: Fizemos um estudo quantitativo no qual médicos da atenção básica de saúde foram convidados a responder 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 unidades básicas de saúde (UBS).

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 ser 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 para as 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, conseqüentemente, uma boa prestação de serviço à população.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Analysis of conditions for the diagnosis of rheumatic diseases in primary health care in the city of Sorocaba-SP

A B S T R A C T

Objectives: The study had as main goal to define the profile of the attending professional working at the primary healthcare sector in the city of Sorocaba, and to analyze the

Keywords:

Rheumatic diseases

* Autor para correspondência.

E-mail: ac.reumato@hotmail.com (A. Chiereghin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.04.008>

0482-5004/© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Primary health care
Continuing medical education

environment in which this professional is inserted, trying to identify if there are conditions for the care of low-complexity rheumatic diseases and possible reasons that would lead to a high degree of referral to specialists.

Methods: A quantitative study was performed in which physicians of primary health care were invited to answer a questionnaire that addressed personal aspects, besides the technical aspects of four rheumatic diseases: osteoarthritis, gout, fibromyalgia and osteoporosis, which served as the basis for evaluating the care for low-complexity diseases in UBSs.

Results: It was observed that the professional is part integral of an organizational system that hinders his/her performance; moreover, certain personal difficulty techniques were realized. Together, these conditions turned out to be the factors that determine a quality of care that falls short of that expected.

Conclusion: There must be a review of how medical education is offered, in order to seek a more qualified training, focused on the basic needs of the health system, as well as a restructuring of the entire health system in terms of its organization and management, in order to attain a suitable condition for the development of a good medical practice, and thus, for providing a good service to the community.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A hierarquização dos serviços de assistência à saúde baseada na complexidade dos casos e procedimentos é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil que se destaca entre os demais.^{1,2}

A resolutividade do setor primário de atendimento, representado pelas unidades básicas de saúde (UBS), determina o uso dos setores secundário e terciário, bem como pode determinar a presença de sobrecarga nas unidades de urgência e emergência. Assim, espera-se que a solução da maioria dos casos seja alcançada nas UBS, reduza a referência e estimule a contrarreferência.^{1,2}

Entre as áreas médicas nas quais essa hierarquização parece falhar chama a atenção aquelas que cuidam das doenças musculoesqueléticas. A falta de resolutividade desses casos pelo médico generalista das UBS gera uma expectativa de atendimento nos demais níveis de assistência para as especialidades reumatologia, ortopedia e fisioterapia.

Dados recolhidos na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba, em 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.

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 a ideia de que há sobrecarga na busca por essas especialidades: osteoartrite, conhecida popularmente como artrose (OA), osteoporose primária (OP), fibromialgia (FM) e gota (artrite microcristalina secundária a cristais de urato).

Uma revisão da literatura internacional nos demonstrou haver dificuldade de seguimento dessas doenças por

profissionais generalistas. Estudos mostram que há incoerência nos encaminhamentos quando se relaciona a suspeita clínica e a queixa apresentada. Além disso, nota-se em diversas descrições encaminhamentos de baixa qualidade e tratamentos equivocados.³⁻⁶

O objetivo deste estudo é determinar quais os principais fatores que dificultam o diagnóstico das doenças reumáticas mais prevalentes e de baixa complexidade pelos médicos da UBS, o que pode, portanto, levar a uma baixa resolutividade na solução desses casos.

Material e métodos

Locais do estudo

UBS do município de Sorocaba.

Critérios de inclusão

1. Médicos clínicos que atuam nas UBS;
2. Aceitação da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão

1. Recusa na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
2. Não entregar os questionários da pesquisa completamente preenchidos.

Instrumentos da pesquisa

Questionário dividido em:

- A. Questões sociodemográficas e de formação profissional;
- B. Questões para avaliar o grau de conhecimento técnico sobre as quatro doenças escolhidas para o estudo (OA, OP, FM e gota) baseado nos seus aspectos clínicos, radiológicos

e laboratoriais. Essas questões técnicas foram elaboradas baseadas em critérios clínicos e consensos já estabelecidos pela literatura médica e foram aplicadas, antes da distribuição aos sujeitos da pesquisa, a seis reumatologistas possuidores do título de especialista concedido pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, com o intuito de validar as respostas a serem consideradas corretas. Quando aplicado aos sujeitos do estudo, o resultado foi submetido à comparação entre dois grupos, até 15 anos de formado e acima disso;

C. Grau de percepção quanto à condição pessoal para condução de doenças reumáticas.

Foram enviados os questionários, a partir da Secretaria Municipal de Saúde e após a aprovação pelo Comitê de Ética local (CEP-PUC/SP), a todos os profissionais médicos da rede básica, com um número total de 136.

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

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 usada a análise de variância; e para verificar se existia relação total de pontos obtidos nas doenças com tempo de formação, foi usado um teste de média t de Student.

Resultados

Dos 136 questionários enviados, 49 retornaram respondidos de forma completa e com o termo de consentimento assinado e perfizeram uma adesão de 36,02%.

Quanto ao perfil do profissional, a média de idade foi de 42,5 ± 11,8 anos; 24 (48,9%) eram do gênero masculino e 25 (51,1%) do feminino.

Vinte e dois médicos (44,9%) tinham mais de 15 anos de graduação. Cerca de 75% dos profissionais estudados concluíram ou estavam cursando programas de residência ou especialização, mas apenas 36,7% desses programas se relacionavam à área clínica e suas especialidades.

Observou-se ainda que 55,1% dos profissionais dedicavam de três a seis períodos semanais para atendimento no serviço público (entenda-se cada um dos períodos como manhã, tarde ou noite). O tempo de atuação no serviço público variou de três meses até 29 anos, com mediana de cinco anos, e 75% tinham até 13 anos de atuação pública.

Cerca de 90% dos entrevistados referiam que se sentiam reconhecidos pelos usuários quanto ao atendimento prestado como clínico geral.

Já em relação às formas de atualização, 75,5% responderam que estiveram presentes em de dois a seis eventos científicos nos últimos dois anos, 44,9% deles buscavam atualizações semanais na internet e 36,7% liam revistas especializadas mensalmente.

Na avaliação do perfil do atendimento 89,8% atendiam entre três e cinco pacientes por hora. Segundo 79,6% dos entrevistados, esse volume de atendimento gerava um tempo menor de consulta do que seria necessário para uma avaliação relacionada a queixas musculoesqueléticas. A pressão por

Tabela 1 – Estratificação por porcentagem de acerto

	Osteoartrite	Osteoporose	Fibromialgia	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

produtividade nas unidades foi relatada como fator principal para o curto tempo de consulta (75,5%).

As razões para a referência desses casos às unidades secundárias foram: complexidade dos casos (55,1%) e falta de conhecimento sobre as doenças (57,1%). Cerca de 6,1% justificaram o encaminhamento como resultante da falta de interesse em seguir esses casos. A maioria informou que nem todos os casos deveriam ser tratados por especialistas (87,8%).

Na segunda parte do questionário, referente ao conhecimento técnico específico, atribuímos os acertos e dividimos em percentis, conforme mostra a [tabela 1](#).

Nota-se um maior número de acertos entre os percentis 50%-70% em todas as doenças, exceto gota, que se localiza entre 70% a 90%.

A [tabela 2](#) mostra a distribuição de acertos segundo o tempo de graduação dos profissionais. Observa-se diferença estatisticamente significativa apenas em relação ao conhecimento sobre osteoartrite.

Nas questões de percepção pessoal foi perguntado o preparo para atendimentos de doenças reumáticas (segundo a opinião do próprio entrevistado), quais seriam de maior facilidade ou dificuldade, além de questões estruturais limitantes para atendimento.

Quando perguntados sobre a percepção de preparo próprio para conduzir tais casos, apenas 10,2% julgaram-se despreparados para seguir os casos com queixas musculoesqueléticas.

As doenças que foram citadas como de maior facilidade de atendimento foram gota, osteoartrite e reumatismo de partes moles. Em relação às de maior dificuldade foram citados vasculite, esclerose sistêmica progressiva, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de Sjögren.

Quanto às dificuldades impostas pela estrutura de trabalho para o diagnóstico dessas doenças, foram citadas as seguintes:

1. Sobrecarga de trabalho;
2. Dificuldade de acesso a exames de imagem;
3. Falta de abordagem multidisciplinar;

Tabela 2 – Porcentagem de acerto por doença, segundo tempo de formado

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

No item relacionado ao acesso aos exames de imagem foi citado que para a solicitação de densitometria óssea, que é essencial para o diagnóstico de OP, o paciente tem de ser referenciado. Nos exames radiológicos comuns foi citada a demora em sua obtenção.

Discussão

Os dados deste estudo demonstram que o médico da UBS é um profissional relativamente jovem, sem predominância de gênero e em sua maioria com um tempo de formação abaixo de 15 anos (55,1%).

As diretrizes nacionais para o ensino dos cursos médicos preconizam que o graduado seja capaz de resolver a maioria dos casos que são abordados no setor primário. Assim, a baixa especialização em áreas clínicas observada neste estudo não deveria influenciar o desempenho desses profissionais (34%).⁷

Pode-se verificar que o profissional médico da UBS, 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 (87,9%). Essa percepção é importante, pois o profissional deve estar comprometido com a cidadania e como agente promotor da saúde integral e buscar analisar e solucionar problemas sociais que se apresentem,⁷ sem ser apenas um executor técnico.

O médico avalia que está inserido num processo de excesso e sobrecarga de trabalho, essa foi uma queixa recorrente. Os profissionais referem ter tempo insuficiente para um bom atendimento e apontam essa questão como prioritária.

Outra queixa bastante relatada pelos profissionais refere-se à deficiência na estrutura do atendimento. Nesse aspecto se destaca a dificuldade de acesso a exames subsidiários. Essa situação invariavelmente gera um atraso no diagnóstico e no tratamento. Rediscutir quais exames devem estar disponíveis para os clínicos nas UBS é urgente. Essa discussão deve considerar a indicação de cada exame e seu potencial de agilizar o atendimento. No caso da OP, sabe-se que a densitometria é essencial ao diagnóstico e que existem diretrizes que determinam sua indicação. Assim, um excesso de pedidos pode ser evitado apenas com a exigência de que as indicações estabelecidas sejam seguidas pelo clínico. A exclusão do clínico no processo de se pedir tal exame não parece ser uma boa solução.

Na análise sobre a percepção de facilidade ou não no atendimento de doenças específicas, observa-se a sensação de conforto dos médicos estudados ao atender OA, gota, FM e OP. Deve-se ressaltar 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 e somente expressa a opinião pessoal do médico.

Quando se comparam essas opiniões com a apuração dos acertos no questionário que avalia conhecimento técnico, essa percepção se confirma, já que essas doenças geraram uma fração de acertos maior do que 50% e se destacam os acertos das questões sobre gota (70% a 90%). Uma dúvida se impõe: pode-se considerar essa taxa de acerto aceitável quando se trata de clínicos gerais? Uma limitação deste trabalho é

justamente não poder se basear em uma definição do que seria uma taxa de acerto esperada.

Em relação ao tempo de graduação, nota-se que não houve grande diferença no perfil das respostas, ocorreu apenas na osteoartrite, com melhores índices para o grupo com até 15 anos. Talvez se possa atribuir o equilíbrio à experiência e à curva de aprendizado adquirida pelos mais velhos, o que compensa o maior “frescor” educacional dos mais novos.

Uma questão que parece relevante é o fato de que toda pesquisa que visa a medir o conhecimento esbarra na resistência dos pesquisados. Essa dificuldade já foi descrita na literatura.⁸

Pode-se partir do pressuposto de que apenas os que se julgam mais bem capacitados se sintam confortáveis em participar deste estudo. Isso pode ter gerado um viés, que pode condicionar o padrão de respostas obtidos a algo baseado na opinião dos melhores, e não da maioria absoluta.

A questão da qualificação médica é relevante e provavelmente é uma das chaves na equação da qualidade do atendimento. Mais do que qualificação, é importante que se analisem as competências requeridas para esse profissional. A tendência educacional em inúmeros países, como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos,⁹ é baseada nesse aspecto, por se entender que a definição de competências é pré-requisito para que ocorra a aquisição do conhecimento de forma mais consistente e solidificada.¹⁰

Kenedy¹¹ demonstrou 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.

A literatura que descreve técnicas usadas com sucesso para capacitação e desenvolvimento de habilidades é extensa.^{12,13} O importante é que cada situação merece uma atitude individualizada e ferramentas não faltam para desenvolver projetos de educação.

O foco de mudança deve estar principalmente na graduação. Nesse momento da formação está o ponto crítico dos principais problemas a serem superados. Um estudo feito com 28 instituições de ensino médico no Brasil demonstrou que a principal dificuldade de desenvolver novos conceitos educacionais e curriculares está na aceitação por parte dos docentes de novas metodologias. O corpo docente em geral mantém distância das novas demandas educacionais e perpetua, assim, a situação de afastamento entre academicismo e prática.¹⁴

Este estudo, portanto, demonstra a necessidade de que se promova educação continuada de qualidade para esses profissionais. Essa deve focar não somente o conhecimento, mas sim desenvolver competências que englobem também habilidades individuais.¹⁵

Esta pesquisa, mesmo tendo sido desenvolvida relacionada a condições reumáticas específicas, trouxe-nos relevantes informações no que diz respeito a questões organizacionais do sistema de saúde. Pode se ter uma visão sobre a assistência à saúde de uma maneira ampliada e trazer a percepção de que apenas analisar isoladamente o atendimento simplifica algo muito mais complexo.

A impressão obtida no estudo é que os profissionais apresentam disposição para executar seu trabalho da forma mais

completa e correta possível. Porém, esbarram em questões estruturais e relacionadas à organização do sistema de saúde.

Considera-se também necessária uma revisão na maneira como a formação médica se desenvolve. A eficácia das abordagens tradicionais de ensino revela-se cada vez mais insuficiente no objetivo de mudança ou aquisição de habilidades.^{16,17} Políticas educacionais nessa área devem caminhar ao lado de políticas de saúde. Deve-se pensar no profissional da saúde como parte integrante do sistema e seu potencial agente transformador desde o início de sua graduação e aproximá-lo precocemente da prática.¹⁸ 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 necessária atualização constante, é preciso que se deem condições para isso acontecer. Novas formas de ensino e currículos vêm sendo colocadas em prática com o objetivo de suprir essas necessidades citadas. Há ainda certa resistência em aceitar novas tendências educacionais e formas de ensino, porém boas perspectivas se apresentam.

Além desse investimento na questão humana do processo, parece claro que a organização gerencial do sistema de saúde público deve ser revista. 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.

Conclusão

1 – Os profissionais avaliados se sentem confortáveis no atendimento das doenças reumáticas mais prevalentes e de baixa complexidade;

2 – O conhecimento dos médicos clínicos das UBS se revela de nível médio nas questões básicas sobre essas doenças;

3 – Não há diferença de conhecimento em relação ao tempo de graduação;

4 – As principais dificuldades para o diagnóstico dessas doenças são o tempo curto de atendimento e o pouco acesso a exames subsidiários.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Associação Paulista de Medicina. 2000;1:20. 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. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CNS n° 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001; 1, p. 38.
8. Lauw MN, Hoekstra JBJ, Limthorst GE. The success of a weekly medical quiz. test-based medical education. *J Med.* 2011;69:205-6.
9. Cate OT, Scheele F. Competence-based postgraduate training. Can we bridge the gap between theory and clinical practice. *Acad Med.* 2007;82:542-7.
10. Mylopoulos M, Regehr G, Gisburg S. Exploring resident's perception of expertise and expert development. *Acad Med.* 2011;86:546-9.
11. Kenedy T, Regehr G, Rosenfield J, Roberts SW, Lingard L. Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. *Acad Med.* 2004;79:386-93.
12. 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;67:595-9.
13. 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;24:626-9.
14. 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.
15. Long DM. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med.* 2000;75:1178-83.
16. Luna Filho B. Avaliação da competência médica – Reflexão crítica. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo.* 2005;15:301-5.
17. Klass D. A performance-based conception of competence is changing the regulation of physicians' professional behavior. *Acad Med.* 2007;82:529-35.
18. 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;25:53-9.