



ROGÉRIO POLI SWENSSON

**A OTORRINOLARINGOLOGIA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO E NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**CAMPINAS
2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

ROGÉRIO POLI SWENSSON

**A OTORRINOLARINGOLOGIA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO E NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Orientadora: Prof^a Dra. ELIANA MARTORANO AMARAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestre em Ciências, área de concentração Ensino em Saúde.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO ROGÉRIO POLI SWENSSON,
ORIENTADO PELA Prof^a Dra.. ELIANA MARTORANO AMARAL.**

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS
2013**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Sw42o Swensson, Rogério Poli, 1979-
A otorrinolaringologia na formação do médico e na atenção primária em
saúde / Rogério Poli Swensson. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Eliana Martorano Amaral.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Otorrinolaringologia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação médica. I.
Amaral, Eliana Martorano, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The otorhinolaryngology in medical formation and primary health care

Palavras-chave em inglês:

Otorhinolaryngology

Primary health care

Medical education

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Mestre em Clínica Médica

Banca examinadora:

Eliana Martorano Amaral [Orientador]

Agrício Nubiato Crespo

Rosana Fiorino Puccini

Data de defesa: 30-08-2013

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

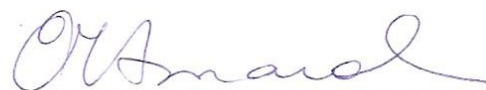
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ROGÉRIO POLI SWENSSON

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ELIANA MARTORANO AMARAL

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). ELIANA MARTORANO AMARAL



2. PROF(A). DR(A). AGRÍCIO NUBIATO CRESPO



3. PROF(A). DR(A). ROSANA FIORINO PUCCINI



Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 30 de agosto de 2013

Dedico este trabalho...

“Em primeiro lugar à minha família.

*Minha amada esposa Carol, que com muito amor e paciência
me deu apoio nos momentos de privação de lazer e companheirismo;*

*Minha linda filha que ainda em ventre materno deu-me a força
propulsora necessária nos momentos finais da pesquisa;*

*À minha mãe Marilza e meu pai Rubem, que com muito orgulho,
me fortalecem e iluminam a cada dia com seus atos e gestos;*

*Aos meus irmãos João Renato e Rubem, cunhadas Caroline e Marcia,
sobrinhos Maria Fernanda, Rafael, Daniel, Lucas, Guilherme e Luiza;*

Nelson e Sandra, pelas palavras de apoio, estímulo e auxílio”

Agradecimentos

À Prof^a Dra. Eliana Martorano Amaral que acreditou em minha capacidade e me orientou com brilhantismo.

À Prof^a Dra. Maria Helena Senger, que co-orientou meus estudos com dedicação em meio a tantas obrigações diárias.

À Prof^a Dra. Angélica Maria Bicudo Zeferino que confiou em meu primeiro projeto de pesquisa para fazer parte do grupo de mestrado.

Ao Prof Dr José Jarjura Jorge Junior e Prof Dr Godofredo Campos Borges pelas palavras de apoio e determinação.

Aos residentes de otorrinolaringologia da PUC-SP pela participação.

Às colegas da turma do mestrado que com perseverança caminhamos juntos.

Ao Prof. Dr Luis Carlos Ferreira de Almeida pela valiosa análise estatística.

À Isabel Cristina Campos Feitosa auxiliando as referências bibliográficas.

À Sandra Souza Pinto, querida sogra, pela ajuda gramatical.

Ao Dr. Charles Rodrigues, que não mediu esforços para que fosse viável a realização da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim assim como médicos, enfermeiros e colaboradores da rede básica de saúde.

BOLSA DE MESTRADO DO PROGRAMA PRÓ-ENSINO NA
SAÚDE DA CAPES, PROJETO 2036/2010 (UNICAMP).

*“Toda escola superior deveria oferecer aulas de filosofia e história.
Assim fugiríamos da figura do especialista e
ganharíamos profissionais capacitados a conversar sobre a vida”*

(Oscar Niemeyer)

Sumário

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	XII
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XVI
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	24
OBJETIVO GERAL	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. PUBLICAÇÕES	25
ARTIGO 1 - A OTORRINOLARINGOLOGIA E A GRADUAÇÃO EM MEDICINA	26
ARTIGO 2 - CASOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO E A FORMAÇÃO MÉDICA.....	44
4. DISCUSSÃO	76
5. CONCLUSÕES	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
7. ANEXOS	87
7.1. ANEXO 1 - APROVAÇÃO NO CEP – SISNEP	87
7.2. ANEXO 2 - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO COORDENADOR DO PRONTO ATENDIMENTO / GERENTE DA UNIDADE	88
7.3. ANEXO 3 - OFÍCIO CIRCULAR Nº 002/2012	89
7.4. ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	90
7.5. ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO PARA PEDIATRA OU CLÍNICO.....	91

7.6.	ANEXO 6- CARTA-RESPOSTA DA BRAZILIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY (BJORL) – ARTIGO 2.....	95
7.7.	ANEXO 7- ARTIGO DEVOLVIDO PARA CORREÇÕES – ARTIGO 2	96
7.8.	ANEXO 8 – RESPOSTA A SER ENVIADA PARA BJORL	98

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

- ABP** – Aprendizagem Baseada em Problemas
- ABMS** – *American Board of Medical Specialities*
- ACGME** – *Accreditation Council for Graduate Medical Education*
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- BJORL** – *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CH** – Carga Horária
- CINAEM** – Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais
- EP** – Educação Permanente
- EPOS** – *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps*
- IES** – Instituições de Ensino Superior
- IRA** – Infecções Respiratórias Agudas
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- MEC** – Ministério da Educação
- MC** – Matriz Curricular / Matrizes Curriculares
- OMA** – Otite Média Aguda
- ORL** – Otorrinolaringologia

- OTRL** – Otorrinolaringologista
- PED** – Pediatria
- PBL** - Problem Based Learning
- PET Saúde** – Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde
- PITS** – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
- Promed** – Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
- Pró-Saúde** – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde
- SENAD** – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
- SESu** – Secretaria de Educação Superior
- SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
- SISNEP** – Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa
- SRO** – Síndrome da Respiração Oral
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USAID** – *United States Agency for International Development*
- USF** – Unidade de Saúde da Família

Resumo

O ensino médico deve propiciar ao egresso conhecimento para abordagem integral e humanística dos pacientes provendo atendimento qualificado. Em 2001, foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), que visam orientar a elaboração do projeto pedagógico para assegurar flexibilidade, diversidade e a qualidade da formação de um médico generalista. Entre as ações de cuidado de saúde na atenção primária à saúde (APS), inclui-se o atendimento a queixas relacionadas ao ouvido, nariz e garganta. Estima-se que este conjunto de problemas clínicos corresponda a 20 a 25% dos casos atendidos na APS, podendo chegar a 50% dos atendimentos pediátricos. Nesta pesquisa, foi avaliado o ensino e preparo dos médicos da atenção primária para atendimento de condições clínicas abordadas na otorrinolaringologia (ORL). Num primeiro estudo, avaliaram-se 141 matrizes curriculares (MC) de cursos de medicina do Brasil, disponíveis no *site* www.escolasmedicas.com.br, revisados no cadastro eletrônico do Ministério da Educação (eMec) e por consultas aos sites das escolas médicas. A amostra de escolas disponível no site consultado (n=141) representa 70,5% do total das escolas médicas em funcionamento e 73,4% das vagas disponíveis no país. Mais da metade (56%) das instituições utilizam da forma tradicional de ensino (n=79), 46 delas estão identificadas como escolas inovadoras e as restantes não permitiam esta classificação. Os conteúdos de ORL foram identificados nas MC de 77 escolas, sendo observado em 68,3% nas escolas tradicionais e 30,4% nas escolas inovadoras. A pesquisa mostrou que a ORL está presente principalmente nas MC de modelos mais tradicionais de currículo (n=53). A ausência de disciplina específica nos desenhos curriculares não tradicionais pode ser consequência da incorporação dos conteúdos em

disciplinas integradoras, compatível com suas propostas pedagógicas. Isso pode ou não estar associado com uma desvalorização destes conteúdos, resultando em formação insuficiente dos egressos neste campo de conhecimento e habilidades. Num segundo estudo, propôs-se avaliar o atendimento a casos de ORL e sua relação com a formação médica entre clínicos e pediatras que atuam na APS de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo (Votorantim). Trinta e quatro médicos, a maioria (88,2%) com residência médica ou estágio equivalente em diversas especialidades responderam a um questionário semi estruturado. Sobre o preparo durante a graduação para atendimentos a casos similares, 61,8% julgam terem sido preparados, porém 70,6% não realizam remoção de cerume. Entre as intervenções apontadas para melhorar a resolução de casos em ORL, foram mais citadas a necessidades de curso de capacitação/atualização e facilitação do encaminhamento ao médico especialista em ORL. Há necessidade de formação permanente em ORL na APS e o acesso e matriciamento com especialista para qualificar a atenção aos pacientes.

Abstract

Medical education must provide the graduate knowledge for integral and humanistic approach of patients. In order to direct the development of the pedagogical project and ensure flexibility, diversity and quality of medical training for a general practitioner, the National Curricular Guidelines for Medical School Course (NCG) was created in 2001. Some of the complaints listed among health care actions in primary health care (PHC) included listening to complaints related to ear, nose and throat. In addition, it is estimated that this set of clinical problems corresponds to 20-25% of cases in PHC, reaching 50% of paediatric appointments. This research evaluated the education and preparation of primary care physicians to care for clinical conditions addressed in otolaryngology (ENT). In the first part, 141 curricular matrixes (CM), which had been revised in the Ministry of Education's official register (eMec), on Brazilian medical schools websites and in Brazilian medical courses, were evaluated. These matrixes are available on www.escolasmedicas.com.br. The website's surveyed sample (n=141) represents 70.5% of the medical schools in operation and 73.4% of the vacancies in the country. More than half of the institutions (56%) apply the traditional way of teaching (n=79). Forty-six of them are innovative and the remaining ones could not be defined. Otolaryngology contents were identified in the CM of 77 schools; in 68.3% of the CM of the traditional schools and in 30.4% of the innovative ones. The lack of a specific subject in non-traditional curriculum designs can be a consequence of the incorporation of the contents in integrative subjects, which is consistent with the pedagogical proposal, may or may not be associated with a depreciation of these contents, thus resulting in insufficient training of graduates in this field of knowledge and skills. In the second part, the present study aims to assess ENT care and how it relates to PHC doctors and

general physicians' medical education in Votorantim, a medium-sized city in the state of São Paulo. Thirty-four doctors, most of which (88.2%) hold a residency training or equivalent traineeship, answered a semi-structured questionnaire. When asked about school training in caring for similar cases, 61.8% believe they have been properly trained; however 70.6% do not remove wax. Among the interventions aimed to improve the resolution of cases in ENT, the most frequently cited were the needs for ongoing training / updating and facilitating forwarding to the ENT specialist. The research found evidence that there was a lack of standardization of nomenclatures used for teaching methodology although ENT is present primarily on curricular traditional teaching (n = 53). There is a need for continuous training in ENT in PHC, easier access to the ENT professional and better ENT support to qualify patient care.

1. Introdução

O desafio da formação de médicos para as necessidades da população e dos sistemas de saúde vem sendo discutido no Brasil e em muitos outros países (1). Em particular, a adequação da formação médica voltada à atenção primária à saúde (APS) tem sido alvo de inúmeros questionamentos em publicações, reuniões e congressos (2, 3). E as Instituições de Ensino Superior (IES) não tem sido capazes de responder à velocidade das demandas e ao perfil esperado destes novos profissionais (4).

Há dificuldades em estimular a formação de um profissional competente, considerando o processo saúde-doença como um complexo sistema de interações, no qual elementos psicológicos, sociais, históricos e ambientais se relacionam com os elementos biológicos. Buscam-se explicações para o fato de o atual profissional médico possuir, em geral, muitas das habilidades conquistadas pela tecnociência, sem ser também capaz de desenvolver e/ou aplicar habilidades ético-humanísticas, contribuindo para a solução efetiva dos problemas dos pacientes, vistos em sua integralidade (5). Entende-se que o simples ato técnico não encerra a responsabilidade de atenção à saúde, mas apenas a resolução pontual de um problema (6). A atenção à saúde exige uma prática profissional integrada com outros profissionais e contínua com todas as instâncias do sistema de saúde, pensando criticamente e procurando soluções para os problemas.

A otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade que envolve conhecimentos e habilidades clínicas, em procedimentos e em cirurgia, algumas das quais essenciais na formação geral e para prover atenção a adultos e crianças. As afecções do ouvido, nariz e garganta, foco desta especialidade, são bastante comuns, com estimativas de que

correspondem entre 20 a 25% dos casos atendidos na atenção primária à saúde e até 50% dos atendimentos pediátricos (7-9). Segundo Beguingi (1998), as infecções respiratórias agudas (IRA) representam entre 30 a 60% das consultas nos serviços de saúde e entre 20 a 40% das hospitalizações pediátricas (9). Em relação ao papel das afecções do âmbito da ORL, já se afirmou que há uma grande disparidade entre a carga curricular na escola médica e a importância destes problemas para o aluno de graduação, que se espera poder atuar como médico generalista (10).

Os cursos de medicina devem propiciar ao estudante formação voltada às necessidades da população que vai servir, sendo necessária adequação da abordagem pedagógica para que os alunos tenham contato com atividades práticas em todos os tipos de unidades de saúde (2). Acredita-se que, para atingir as metas de um atendimento integral e humanizado, é preciso fomentar princípios e permitir ao estudante utilizar o máximo de cenários de prática que o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe, durante o período de formação (5). Há sugestões de que as mudanças de estratégias pedagógicas em novos modelos curriculares sejam um fator determinante na melhoria da qualidade do médico formado. A real efetividade destas mudanças e em que domínios e competências elas estariam ocorrendo ainda deve ser estabelecido.

Estes temas foram e ainda são objeto de diversas regulamentações e iniciativas. A história da medicina no Brasil inicia-se em 1808 e, na metade do século XIX, aparecem os primeiros indícios da preocupação com a qualidade das instituições e a capacidade dos profissionais que nela se formavam. Na década de 60 do século XX, o acordo firmado MEC/USAID (Ministério da Educação / *United States Agency for International Development*) tinha como objetivo a implantação do modelo norte-americano nas universidades brasileiras como forma de levar a uma profunda reforma educacional (11). Em 1969, o Conselho Federal de Educação / MEC dita diretrizes para revisão dos currículos tradicionais e estabelece o

currículo mínimo. Para o curso médico, fazia-se necessário cumprir um mínimo de 4.500 horas, complementadas por estágio supervisionado em unidades de saúde. A duração do curso poderia variar de cinco a, no máximo, nove anos (12).

Em 1988, com a criação do SUS pela Constituição Federal e com sua regulamentação pelas Leis número 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, houve uma consolidação da interface entre a saúde com a educação. O ensino médico tornou-se um fator estratégico para formação dos recursos humanos necessários ao processo de implantação desse novo sistema de saúde (13-15).

Em março de 1991 foi criada no Brasil a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que tinha por objetivo avaliar os componentes da qualidade do ensino médico no Brasil para gerar dados para a transformação da realidade revelada. O projeto foi constituído por três fases. A primeira trabalhou com 76 IES e, através de respostas a um questionário auto-aplicado, foi possível observar o desempenho das mesmas frente a um padrão desejado. A fase seguinte trabalhou com 48 IES baseando-se nos resultados da fase anterior. A possibilidade de construção de novos métodos, técnicas e instrumentos para avaliação das escolas médicas foi discutida com membros do corpo discente e docente das mesmas. A última fase do projeto objetivou a construção das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico (16). O resultado da CINAEM definiu quatro situações necessárias de intervenção: o novo processo de formação, profissionalização da docência médica, gestão transformadora e avaliação transformadora. (17).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecidas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) do Ministério da Educação, previam mudanças curriculares que se pautavam no conceito ampliado de saúde e na consideração do território dos indivíduos como *locus* da prática clínica. Desafiavam as formas tradicionais de ensino-aprendizagem, visando a formação de profissionais que buscassem a produção de cuidados levando em conta

as demandas sociais. Estabelecem que a formação profissional deve se apoiar nas diretrizes e princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social e regionalização/hierarquização). Dessa forma, acontece uma reorientação, mudando o foco eminentemente curativo para o da promoção da saúde e prevenção de agravos (18, 19).

As DCN, no artigo 3º definem que o perfil do egresso deve contemplar o médico com formação generalista, crítica e reflexiva. Deve estar capacitado a atuar em todos os níveis de atenção, promovendo, prevenindo e reabilitando a saúde (5, 6). No seu artigo 4º e 5º, listam-se as competências e habilidades esperadas dos egressos, incluindo atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além de educação permanente (6).

O esforço para a formação de médicos generalistas se tornou mais acentuado após a criação do Programa de Saúde da Família (10). A partir do ano de 2001, o governo federal instituiu políticas indutivas para promover mudanças na formação e distribuição geográfica dos profissionais da saúde para reforçar o disposto nas DCN. Foram criados o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), VER-SUS (estratégia para vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Pólos de Educação Permanente do SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde / PET-Saúde (2, 6, 20).

O Promed foi lançado em 2001 para reorientar a formação dentro da escola médica, reforçar as mudanças no modelo de atenção à saúde e fortalecer a atenção básica. Algumas características do Promed foram o oferecimento da cooperação técnica e/ou operacional às IES que se dispuseram a realizar mudanças curriculares com enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS, participação em atividades extraclasse para contemplar os

principais problemas de saúde da população e formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica (2). Os eixos da proposta a serem contemplados diziam respeito à orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Para isto, é explicitada a necessidade de estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; a incorporação da noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes.

Em 2005 o Ministério da Saúde e o MEC lançaram o Pró-Saúde para reorientar a formação profissional, visando a integração ensino-serviço para promover abordagem integral e ênfase na atenção básica (5). Os objetivos específicos do programa são a reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde para oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população, estabelecimento de mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, incorporação da abordagem integral do processo saúde-doença, promoção de saúde e dos sistemas de referência/contra referência e ampliação da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (20).

O PET-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, teve como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizava-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Disponibilizava bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. É uma das estratégias do Pró-saúde, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade e visa o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS (21). Também foi instituído pela parceria entre a Secretaria de Gestão

do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), SESu e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (22).

Assim, as transformações e tentativas de operacionalização de mudança nas escolas brasileiras passaram a se concentrar na utilização de novos métodos, com centralização no estudante para o processo de aprendizagem e na ampliação dos locais para a prática aplicada dos conhecimentos teóricos. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem surgem na busca de se atingir o perfil proposto pelas DCN. Isso exige a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, com favorecimento de intervenção rápida sobre a realidade, valorizando os diversos atores num processo de construção coletiva, a liberdade no processo de pensar e o trabalho em equipe. Uma vez que o professor ou educador deve ser um reconstrutor do conhecimento sob o ponto de vista da ciência e tecnologia e da humanização na educação, as metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, vêm sendo muito utilizadas nos contextos de mudanças na formação profissional (5).

Estudos internacionais mostram que existem IES que retiraram a ORL do currículo como disciplina obrigatória (23), os médicos generalistas tendem a buscar conhecimentos subsidiários nas especialidades de ORL como forma de complementação ao conhecimento da graduação (8, 24). Wu e colaboradores, 2011, enfatizam a necessidade do médico generalista possuir habilidade na competência do exame físico de cabeça e pescoço, pela grande proporção de problemas relacionados à ORL na APS (25). As possibilidades tecnológicas com uso de simuladores cirúrgicos também tem tido espaço no curso de graduação para suprir a redução do tempo de ensino despendido às aulas de anatomia (26). Entendendo este cenário da formação profissional no Brasil, e considerando o campo de atuação, experiência e formação do pesquisador em ORL, é que se configura o presente trabalho.

2. Objetivos

Objetivo Geral

Oferecer subsídios para a discussão da relevância e percepção de competência em situações clínicas de otorrinolaringologia na formação médica.

Objetivos Específicos

- Descrever e analisar as informações apresentadas dos cursos de medicina em páginas da Internet, com foco nos conteúdos da especialidade de ORL;
- Avaliar como tem ocorrido o atendimento a queixas relacionadas a ouvido, nariz e garganta e sua relação com a formação médica entre profissionais que atuam na atenção primária à saúde em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo.

3. Publicações

Artigo1 - A Otorrinolaringologia e a graduação em Medicina

Artigo 2 - Casos otorrinolaringológicos na atenção primária em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo e a formação médica

Artigo 1 - A Otorrinolaringologia e a graduação em Medicina

Submetido para publicação na Revista Brasileira de Educação Médica em 13 de agosto de 2013

Rogério Poli Swensson

Maria Helena Senger

Eliana Amaral

RESUMO

A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2001, orienta elaboração do projeto pedagógico assegurando flexibilidade, diversidade e qualidade da formação médica. Incluem-se aspectos como conhecimentos e habilidades necessárias nas especialidades, entre as quais, a Otorrinolaringologia (ORL). Com o objetivo de descrever e analisar as informações apresentadas pelos cursos de medicina em páginas de Internet sobre conteúdos da ORL, avaliaram-se 141 matrizes curriculares (MC) de cursos médicos do Brasil, disponíveis em www.escolasmedicas.com.br e posteriormente revisados no cadastro do Ministério da Educação (eMec) e em *sites* próprios das escolas. Este grupo correspondeu 70,5% das escolas médicas em funcionamento e 73,4% das vagas disponíveis no país. Mais da metade (56%) das instituições pesquisadas se auto-classificaram como usuárias de metodologia tradicional de ensino (n=79), 46 delas foram classificadas como inovadoras (ativa/problematização) e as restantes não foram possíveis serem definidas. Conteúdos de ORL foram identificados nas MC de 77 escolas, observado em 68,3% das MC das escolas tradicionais e 30,4% nas inovadoras. Ausência de disciplina específica nos desenhos curriculares não tradicionais pode ser consequência da incorporação dos conteúdos em disciplinas integradoras, compatível com a proposta pedagógica, que pode ou não estar associado com uma desvalorização destes conteúdos, resultando em formação insuficiente dos egressos neste campo de conhecimento e habilidades.

ABSTRACT

The approval of the National Curricular Guidelines for Medical School Course, in 2001, directs the development of the pedagogical project assuring flexibility, diversity and quality for medical training. Knowledge and necessary abilities are included in the specialties, such as Otolaryngology. In this study, 141 curricular matrixes (CM), which had been revised in the Ministry of Education's official register (eMec), on Brazilian medical schools websites and in Brazilian medical courses, were evaluated. These matrixes are available on www.escolasmedicas.com.br. The surveyed website' sample represents 70.5% of the medical schools in operation and 73.4% of the vacancies in the country. More than half of the institutions (56%) apply the traditional way of teaching (n=79), 46 of them are innovative and the remaining ones could not be defined. Otolaryngology contents were identified in the CM of 77 schools; in 68.3% of the CM of the traditional schools and in 30.4% of the innovative ones. The conclusion points out that the absence of a specific subject in non-traditional curriculum designs can be a consequence of the incorporation of the contents in integrative subjects, consistent with the pedagogical proposal, which may or may not be associated with a depreciation of these contents, resulting in insufficient training of graduates in this field of knowledge and skills.

PALAVRAS CHAVE: Currículo, Educação, Otorrinolaringologia, Instituições de Ensino Superior

KEYWORDS: Curriculum, Education, Otolaryngology, Higher Education Institutions

INTRODUÇÃO

É marcante, na história da formação médica na América do Norte, a influência do Relatório Flexner de 1910, que reconhecia a necessidade de uma abordagem mais científica e baseada em princípios pedagógicos, que permitisse ao estudante de medicina adquirir habilidades utilizando a postura acadêmica com a linguagem das ciências biológicas, em ambientes universitários, mudando o modelo então vigente, de escolas de medicina isoladas que ofereciam uma aprendizagem empírica ⁽¹⁾. Com o maior acesso à tecnologia e industrialização, houve um processo de especialização crescente e a formação generalista foi se enfraquecendo. No Brasil, influenciado por este novo modelo, o ensino médico também foi assumindo um perfil técnico-científico ^(2,3).

No Brasil, em 1991, após inúmeros outros movimentos e debates voltados a rever a formação médica que assumia um perfil muito especializado, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), com o objetivo de estabelecer o diagnóstico das condições de oferta dos cursos de medicina para sugestão posterior de melhorias. Em, 2001, são publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), visando reorientar as escolas médicas sobre o perfil esperado do profissional médico, oferecendo diretrizes gerais sobre os aspectos pedagógicos ⁽⁴⁻⁸⁾. Esta evolução sempre sofreu a influência concomitante do mercado de trabalho e das sociedades de especialidades, que modularam este processo de transformação ⁽⁹⁾.

Segundo as DCN, em seu artigo 3º “O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o 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” ⁽⁴⁾. As DCN, adotadas por todas as escolas médicas do Brasil, orientam a elaboração do projeto pedagógico, visando assegurar flexibilidade, diversidade e a qualidade da formação. Contrasta com o modelo tradicional clássico (baseado no currículo mínimo), onde o médico tem formação voltada para diagnosticar e tratar, conduzir clinicamente situações de emergência, suspeitar e encaminhar e agir preventivamente. Após cerca de 10 anos, observa-se que as DCN têm provocado mudanças, independentemente dos modelos curriculares das escolas, permitindo transformações na educação médica durante a graduação e posteriormente, sem necessariamente ter modificado o perfil de atuação profissional mais especializada ⁽⁵⁾.

A Otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade que envolve conhecimentos e habilidades clínicas e procedimentais, algumas das quais essenciais para a formação geral na atenção de adultos e crianças. As afecções do ouvido, nariz e garganta são bastante comuns, havendo estimativas que correspondam a 20 a 25% dos casos atendidos na atenção primária à saúde e atingindo 50% dos atendimentos pediátricos ⁽¹⁰⁻¹²⁾. As infecções respiratórias agudas (IRA) representam entre 30 a 60% das consultas aos serviços de saúde e entre 20 a 40% das hospitalizações pediátricas ⁽¹²⁾. Pelo envolvimento da ORL com a clínica e habilidades necessárias para procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, estudar a inter-relação da formação médica com a da especialidade pode ser útil para avaliação de MC, visando a adequação do ensino médico às necessidades da população.

O presente estudo teve como objetivo conhecer e analisar as informações apresentadas dos cursos de medicina em páginas da Internet, com foco nos conteúdos da especialidade de ORL.

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisadas 141 matrizes curriculares (MC) de cursos de medicina de Instituições de Ensino Superior (IES), apresentadas nos *sites* <http://www.escolasmedicas.com.br/> e <http://emec.mec.gov.br> (Ministério da Educação), ambos atualizados periodicamente pelos provedores e acessados em abril/2013. Informações complementares foram buscadas nas páginas das próprias instituições. Dados como nome das IES, caracterização administrativa (privadas, federais, estaduais ou municipais), metodologia do ensino, data de criação do curso, número de vagas no primeiro ano, presença da ORL como disciplina isolada ou em associação (com este nome), período ou ano de oferecimento da ORL e carga horária (CH) da mesma e total do curso foram revisados e submetidos a análise descritiva.

As nomenclaturas dadas a alguns currículos disponíveis em <http://www.escolasmedicas.com.br/> foram muito heterogêneas, especialmente para currículos utilizando estratégias não tradicionais e não puderam ser confirmadas por dados disponíveis na página eletrônica <http://emec.mec.gov.br>. Os currículos foram classificados em dois tipos principais de metodologia de ensino: tradicional (definidos pelas próprias instituições) e inovadora, englobando as instituições que definiram utilizar *Problem - Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e metodologia ativa, nas quais o ensino deve ser mais centrado no aluno.

Esta pesquisa complementa estudo sobre o conhecimento e a práticas em ORL aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (SISNEP nº 1133/2011).

RESULTADOS

Do total das 141 IES com MC disponível no site www.escolasmedicas.com.br, 83 são de administração privada, seguidas pelas Federais (n= 33), Estaduais (n= 21) e Municipais (n=4), com número total de vagas disponíveis de 13.244 (Tabela 1). Isto corresponde a 73,4% do total de vagas das 200 IES (17.829 vagas) existentes no país ⁽¹³⁾. Com relação à região que abriga as IES, o Sudeste teve o maior número de escolas (n=64), seguido pela região Sul (n=28), Nordeste (n=27), Norte (n=12) e Centro-Oeste (n=10) (Tabela 1).

A maioria destes cursos de medicina foi criada antes de 2000 (n=86). A partir de 2000, outros 55 cursos surgiram. Entre estes, a maioria é de administração privada (n=41), seguidas por estaduais (n=8), federais (n=5) e municipais (n=1). Encontraram-se 46 IES adeptas de metodologias inovadoras e 79 com metodologia tradicional de ensino (Tabela 1). A CH total do curso nas 124 IES nas quais estava disponível variou de 6.984 horas a 12.270 horas. A CH total média é de $8.710,7 \pm 1.062$ horas (média \pm desvio padrão).

Foram encontradas informações sobre conteúdos de ORL em 77 cursos de medicina (54 delas com metodologia tradicional, 14 com metodologia inovadora e 9 sem metodologia definida). Nos outros 64 cursos, não foram localizadas informações sobre o oferecimento de conteúdos de ORL, sendo 32 destes adeptos de metodologia inovadora, 25 com metodologia tradicional de ensino e não sendo possível definir a metodologia de ensino em 7 cursos, $p=0,0002$ (Tabela 2 e Tabela 3). É na região Sudeste onde se encontra a maioria das IES com ORL na matriz curricular (n=40), seguida pelas regiões Sul (n=14), Nordeste (n=13), Norte (n=5) e Centro-Oeste (n=5), $p=0,53$,

O quarto ano é aquele no qual mais se localiza a oferta da disciplina (n=34), seguido pelo terceiro ano (n=18), quinto ano (n=9), segundo ano (n=1) e sexto ano (n=1). Um curso relata

incluir a ORL no quinto e sexto ano. Em 13 instituições, esta informação não estava disponível ($p=0,24$) - Tabela 4.

Em relação à CH da ORL, foi possível ser verificada em 49 cursos. No entanto, em quatro delas estava em conjunto com áreas da oftalmologia, cabeça/pescoço e imagem, com cargas horárias de 102 a 900 horas. Excluídas essas quatro IES, a CH total média de ORL é de $51,43 \pm 18,2$ horas, variando de 19 a 80 horas.

DISCUSSÃO

Encontramos a referência à disciplina de ORL em mais da metade dos cursos de medicina analisados, predominantemente naqueles com currículo definido como tradicional. É de se esperar que conteúdos e habilidades essenciais para formação geral do médico em doenças de nariz, ouvido e garganta, incluídas no campo de atuação da ORL, estejam presentes em vários momentos do currículo médico: semiologia, pediatria, urgência/emergência e saúde ocupacional, para citar algumas. Como as propostas menos tradicionais de ensino buscam um aprendizado integrado, sem preservar disciplinas específicas por área do conhecimento, há uma grande possibilidade de que a presença da ORL esteja subestimada nestes currículos estudados ⁽¹⁴⁾. Isto pode justificar o fato que em 32 IES com metodologia inovadora de ensino a ORL não foi localizada na MC.

A busca de informações através da internet apresentou algumas dificuldades e limitações entre elas as diferentes nomenclaturas dos currículos utilizados, *sites* das próprias IES com ausência de MC disponível e ausência de *e-mails* corretos para contato. O *site* oficial do governo federal não tem disponíveis as matrizes curriculares, o que dificultou o confronto de informações.

A CH média de ORL representou 0,6% da CH total média dos cursos analisados. No entanto, não há um padrão de carga horária mínima necessária. O que se pode afirmar é que são relevantes os conhecimentos e habilidades que a experiência com as afecções comuns de

nariz, ouvido e garganta podem proporcionar na formação de um médico generalista que deve estar preparado para atuar em atenção primária. Também se confirmou a associação da ORL com oftalmologia em algumas IES, o que reflete um fato histórico, remanescente do período em que ambas as especialidades dividiam o mesmo departamento ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. No entanto, esses dados podem estar também subdimensionados pela associação da ORL com emergência/urgência, clínica médica, clínica cirúrgica e atenção primária à saúde. Por outro lado, já não se considera que a carga horária mínima represente a importância de áreas de conhecimento no currículo. Em seu lugar, fala-se hoje em competências esperadas, que se centra no desempenho do aluno e resultam de um processo de formação que permita atingir objetivos específicos relacionados ao currículo e o perfil do médico que se quer formar ^(18,19).

Reverendo a literatura internacional sobre competências mínimas que envolvam aspectos da ORL, estas demonstram haver grande variação. Algumas situações como perda auditiva neurossensorial súbita, apnéia do sono e trauma nasal parecem não estar contemplados de maneira uniforme. Dentre as habilidades específicas, há deficiências em vertigem posicional paroxística benigna e epistaxe ⁽²⁰⁾. Considera-se que a formação curricular da ORL na graduação não vem preparando o aluno com a competência que a prática clínica demanda e há necessidade de otimização do tempo despendido à especialidade ⁽²¹⁾. Existem iniciativas, como no Canadá (*Canadian Society of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*) para padronização de conteúdos durante a graduação, desenvolvimento e abertura de aprendizado eletrônico livre e formação de uma comunidade de educadores para desenvolver, avaliar e disseminar os recursos educacionais disponíveis ⁽²²⁾.

Por se tratar de especialidade eminentemente prática, esperava-se que durante os anos de internato houvesse maior contato com a especialidade. As DCN obrigam uma proporção mínima da CH em estágio curricular, de 35%, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, incluindo atividades no primeiro, segundo e

terceiro níveis de atenção ⁽⁴⁾. Concordantes com o perfil esperado do profissional a ser formado as DCN não mencionam especificamente como incluir os conteúdos habilidades e atitudes das especialidades como a ORL. No entanto, isso não impediria que a aprendizagem vivencial do internato, incluindo ORL estivesse integrada nas áreas essenciais acima descritas. Exceto na Ginecologia e Obstetrícia, parece haver temas e situações clínicas relevantes que perpassam todas as outras áreas de formação.

Quando as DCN foram aprovadas, a maioria dos cursos médicos se debruçou sobre dilemas que incluíam a necessidade de incorporação de novas metodologias de ensino, um grande volume de conhecimento e tecnologia a serem compatibilizadas com as novas demandas de competências gerais e atendimento às demandas sociais geradas pelas peculiaridades de cada região do país. Ao mesmo tempo, há uma pressão de conteúdos a serem abordados para atingir estas competências esperadas, incluindo aqueles que fazem parte, tradicionalmente, das especialidades médicas. Mais de 10 anos após as DCN, muitos currículos ainda mostram conteúdos disciplinares detalhados que dificultam a transformação dos alunos em agentes ativos em suas formações ⁽⁵⁾. Não se observam claramente currículos guiados para as competências e não é possível avaliar o papel da ORL neste novo perfil curricular. Não podemos afirmar, por esta análise de currículos disponíveis com acesso livre nos *sites* de diversas entidades ou das próprias IES, se os aspectos básicos relacionados à saúde do ouvido, nariz e garganta estão sendo contemplados. A confirmação deste aspecto exigiria um estudo pormenorizado dos currículos das disciplinas ou módulos, fornecidos pelas escolas.

Esta pesquisa estudou 141 IES e 13.244 vagas de cursos de graduação em Medicina, representando 70,5% do total das escolas e 73,4% das vagas disponíveis ⁽¹³⁾. Ressalte-se que o Brasil está ranqueado em segundo lugar do mundo número de cursos de medicina, com uma vaga para cada 10.700,3 habitantes, perdendo a primeira posição para a Índia com 272 IES e 1 vaga / 39.798,5 habitantes ^(23,24). O projeto Demografia Médica no Brasil, 2011, cujo segundo

relatório foi divulgado em fevereiro de 2013, informa que o Brasil conta com aproximadamente 400 mil médicos, ou dois médicos para cada 1.000 habitantes ⁽²⁵⁾. Mas foi a partir do ano 2000 que o crescimento se acentuou, com a criação de 55 novos cursos de medicina, e foi neste período de crescimento intenso do número de escolas e de vagas disponíveis que ocorreu em paralelo o processo de reforma com busca da melhoria da qualidade de ensino através das DCN ⁽²⁶⁾. Neste processo, a participação das especialidades ou seu papel na formação geral não foi debatida e, hoje, nota-se maior interesse das especialidades médicas em entender seu papel e sua contribuição. Este interesse se manifesta, por exemplo, através de aumento de publicações envolvendo discussões sobre ensino nas revistas especializadas de ginecologia e obstetrícia, reumatologia e ORL por exemplo ^(27,28). Este mesmo processo se observa na literatura internacional, de busca de redefinição do papel das especialidades no currículo do médico geral que termina a graduação ⁽²⁰⁻²²⁾. Com este estudo, esperamos poder contribuir para a discussão dessa nova demanda na qualificação da formação do profissional médico.

CONCLUSÕES

A presença da ORL é restrita nos currículos avaliados e mais frequentemente apontada nas matrizes curriculares de IES com metodologia tradicional de ensino. Porém, nas IES com metodologia inovadora pode estar distribuída nas disciplinas ou módulos de ensino que incluam aspectos de afecções do ouvido-nariz e garganta. Um estudo detalhado com entrevista específica nas instituições permitirá saber se as afecções de ORL relevantes para formação geral estão sendo abordadas nos cursos, em particular naqueles com metodologias inovadoras.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Medical education in United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1972. (Bulletin, 4, 1910).
2. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med. 2008;32:492-9.
3. Aguiar RATD. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [online] [capturado 05 ago. 2012].
Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
5. Streit DS, Barbosa Neto F, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro: ABEM; 2012.
6. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Rio de Janeiro; 2002. Doutorado [Tese] - Escola Nacional de Saúde Pública.
7. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 8/2007, aprovado em 31 de janeiro de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial [online] [capturado 03 abr. 2013].
Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces008_07.pdf.
8. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev Bras Educ Med. 2011;35:557-66.

9. Feuerweker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface Comunic Saúde Educ.* 1998;2:51-71.
10. Mace AD, Narula AA. Survey of current undergraduate otolaryngology training in the United Kingdom. *J Laryngol Otol.* 2004;118(3):217-20.
11. Hu A, Sardesai MG, Meyer TK. A need for otolaryngology education among primary care providers. *Med Educ Online.* 2012;17:17350.
12. Benguigui Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das IRA no primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana de Saúde. *Infecções respiratórias em crianças.* Washington, DC; 1998, p. 18.
13. Nassif ACN. Escolas Médicas do Brasil [online] [capturado 04 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/>.
14. Martins RHG. A inserção da otorrinolaringologia no curso de graduação em medicina. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72:578.
15. UFMG. Faculdade de Medicina. Sobre o Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia [online] [capturado 04 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/oft/historico.html>.
16. USP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Histórico [online] [capturado 31 maio 2013]. Disponível em: <http://roo.fmrp.usp.br/>.
17. UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. Histórico do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia [online]. Botucatu: UNESP-Faculdade de Medicina [capturado 31 maio 2013]. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/instituicao/oftalmo.php>.
18. Albanese MA, Mejicano G, Anderson WM, Gruppen L. Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2010;15(3):439-54.

19. Wong A, Fung K. Otolaryngology in undergraduate medical education. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;38(1):38-48.
20. Khan MM, Saeed SR. Provision of undergraduate otorhinolaryngology teaching within General Medical Council approved UK medical schools: what is current practice? *J Laryngol Otol.* 2012;126(4):340-4.
21. Lightbody KA, Wilkie MD. Current ENT training within the UK. *Clin Otolaryngol.* 2012;37(1):84-5.
22. Kelly K, Fung K, McLean L. Canadian otolaryngology: head and neck surgery clerkship curricula: evolving toward tomorrow's learners. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;42(1):33.
23. Embaixada da Índia. Brasília. Brasil. Informações sobre a Índia [online]. Brasília, DF: Embaixada da Índia; 2012 [capturado 01 maio 2013]. Disponível em: <http://indianembassy.org.br/informacoes-sobre-a-india/>.
24. IBGE. Sinopse do Censo demográfico 2010 Brasil [online] [capturado 01 maio 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00>.
25. Scheffer M, coordenador; Cassenote A, Biancarelli A, equipe de pesquisa. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. Brasília, DF: CFM; CREMESP; 2013. v. 2.
26. Rede de Ensino Médico. In: Portal Médico [online]. Brasília, DF: CFM [capturado 05 maio 2013]; Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/008.htm
27. Amaral E, Azevedo GDD, Abbade J. O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação: desafios e tendências. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:551-4.
28. Azevedo GDD, Vilar MJP. Educação médica e integralidade: o real desafio para a profissão médica. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46:407-9.

Tabela 1. Perfil das Instituições de Ensino Superior considerando localização, administração, metodologia e o ano de criação do curso

Região da IES	Administração da Instituição de ensino				Metodologia		Criação do curso de medicina		
	Privada	Federal	Municipal	Estadual	Tradicional	Inovadora	Até 1989	Entre 1990 e 1999	A partir de 2000
Sudeste	45	9	2	8	38	20	39	7	18
Sul	17	7	1	3	19	8	15	5	8
Nordeste	12	8	0	7	12	9	9	0	18
Centro-Oeste	5	4	0	1	4	5	4	2	4
Norte	4	5	1	2	6	4	3	2	7
Total	83	33	4	21	79	46	70	16	55

Tabela 2. Perfil das Instituições de Ensino Superior considerando região e presença da ORL* na grade curricular

Região da IES	ORL na matriz curricular	
	Sim	Não
Sudeste	40	24
Sul	14	14
Nordeste	13	14
Norte	5	7
Centro-Oeste	5	5

ORL = otorrinolaringologia

$\chi^2 = 3,20$; $p=0,53$

Tabela 3. Metodologias de ensino e presença de ORL na matriz curricular

Metodologias	ORL na matriz curricular	
	Sim	Não
Tradicional	54	25
Inovadora	14	32
Não possível definir	9	7

$\chi^2=16,88$; $p=0,0002$

Tabela 4. Metodologias de ensino e ano de graduação da ORL na matriz curricular

Ano da graduação	Metodologia de Ensino Utilizada		
	Tradicional	Inovadora	Sem identificação
Segundo		1	
Terceiro	15	1	2
Quarto	24	6	4
Internato	9	1	1

$\chi^2 = 7,91$; $p = 0,24$

Artigo 2 - Casos otorrinolaringológicos na atenção primária em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo e a formação médica

2ª Versão

(artigo submetido para publicação em Brazilian Journal of Otorhinolaryngology)

Rogério Poli Swensson - Mestrando - Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Área de Concentração Ensino na Saúde, UNICAMP, Otorrinolaringologista

Maria Helena Senger - Professora Titular do Departamento de Medicina, área de Endocrinologia, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC/SP

Eliana Amaral- Professora Titular de Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

RESUMO

Entre as ações de cuidado de saúde na atenção primária à saúde (APS), inclui-se o atendimento a queixas relacionadas ao ouvido, nariz e garganta. Estima-se que este conjunto de problemas clínicos corresponda a 20 a 25% dos casos atendidos na APS, podendo chegar a 50% dos atendimentos pediátricos. O presente estudo teve como objetivo avaliar o atendimento a casos de otorrinolaringologia (ORL) e sua relação com a formação médica entre clínicos e pediatras que atuam na APS de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo (Votorantim). Trinta e quatro médicos, a maioria (88,2%) com residência médica ou estágio equivalente em diversas especialidades, responderam a um questionário semi-estruturado. Sobre o preparo durante a graduação para atendimentos a casos similares, 61,8% julgaram terem sido preparados, porém 70,6% não realizam remoção de cerume. Entre as intervenções apontadas para melhorar a resolução de casos em ORL, foram mais citadas a necessidades de curso de capacitação/atualização e facilitação do encaminhamento ao médico especialista em ORL. Conclui-se haver necessidade de formação permanente em ORL na APS e o acesso e matriciamento com especialista para qualificar a atenção aos pacientes.

ABSTRACT

Caring for complaints related to Otolaryngology (ENT) is included in primary health care (PHC). ENT claims are estimated to constitute about 20%-25% of PHC claims. These figures can reach up to 50% in pediatrics cases. The present study aims to assess ENT care and how it related to PHC doctors and general physicians' medical education. The study was carried out in Votorantim, a medium-sized city in the countryside of Sao Paulo state. Thirty-four doctors, most (88.2%) holding a residency training or equivalent traineeship, answered a semi-structured questionnaire. When asked how well school prepared them for caring for ENT cases, 61.8% claim to have been properly prepared. However, 70.6% do not remove cerumen (earwax). Specialty and update courses were listed among the interventions to improve solving ENT cases, as well as facilitating patient forwarding an ENT specialist. In conclusion, there is a need for constant training of PHC physicians in ENT and framework development along with specialist physicians to improve patient care.

PALAVRAS CHAVE: Atenção primária, Otorrinolaringologia, Educação Médica, Competências

KEYWORDS: Primary care, Otorhinolaryngology, Medical Education, Competences

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), as redes de atenção à saúde devem abrigar ações regionalizadas e hierarquizadas que ofereçam atenção primária, à urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Embora muitos destes serviços possam dar acesso ao atendimento pelo SUS, a porta de entrada prioritária é a atenção primária ⁽¹⁾.

Entre muitas ações de cuidado de saúde atendidas na atenção primária à saúde (APS), incluem-se queixas relacionadas a ouvido, nariz e garganta. Estima-se que correspondam a 20 a 25% dos casos atendidos neste nível de atenção, podendo atingir 50% dos atendimentos pediátricos ⁽²⁻⁴⁾. Segundo Beguingi (1998), as infecções respiratórias agudas (IRA) representam entre 30 a 60% das consultas aos serviços de saúde e entre 20 a 40% das hospitalizações pediátricas⁽⁴⁾.

As doenças que mais geram prescrição de antimicrobianos são otites, infecções respiratórias altas, faringites, bronquites e sinusites e os pacientes pediátricos recebem mais antibióticos do que qualquer outro grupo etário, muitas vezes de forma inadequada e desnecessária ⁽⁴⁻⁶⁾. Estes achados demonstram uma provável inadequação da formação, da atuação profissional ou desatualização.

A adequação da formação médica no Brasil tem sido muito discutida, com especial ênfase para a necessidade de garantir a formação de médicos generalistas durante a graduação. Em março de 1991, foi criado no Brasil o projeto Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) que buscou avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade do ensino médico no Brasil, que apontava em outra direção ^(7, 8). As Diretrizes Curriculares Nacionais, publicadas em 2001, previram estruturas curriculares que se pautassem no conceito ampliado de saúde e na consideração do território dos indivíduos como *locus* da prática clínica ⁽⁹⁾. Recomendaram que a formação profissional leve em

consideração as diretrizes propostas e os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social e regionalização/hierarquização), buscando a reorientação do modelo assistencial com valorização da estratégia saúde da família e mudando o foco para a promoção da saúde ⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar como tem ocorrido o atendimento a queixas relacionadas a ouvido, nariz e garganta, entendidos como casos de otorrinolaringologia (ORL) e sua relação com a formação médica entre profissionais que atuam na APS (incluem as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidade de Saúde da Família - USF) de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo (Votorantim).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, transversal, analítico, realizado utilizando-se instrumento (questionário com perguntas fechadas e abertas) auto-respondido por médicos da rede da APS de Votorantim, no Estado de São Paulo. Trata-se de uma cidade de 108.809 habitantes ⁽¹¹⁾, que conta com treze unidades de saúde, sendo onze UBS e duas USF, que prestam atendimento ambulatorial e são organizadas por referência regional. Participam desta rede, 54 médicos (UBS e USF), sendo 26 pediatras (PED) e 28 que atuam como clínicos (CLI), que atendem casos de ORL. Quando há necessidade de encaminhamento para a especialidade, isto pode ser feito para o otorrinolaringologista (OTRL) do município (no ambulatório médico de especialidades - AME) ou para o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).

Todos os médicos clínicos e pediatras da rede municipal (UBS e USF) de Votorantim-SP foram convidados a participar. Dentre os médicos participantes, os que cursaram estágio em especialidade com carga horária e tempo de duração semelhante à residência médica (RM) da área, foram considerados com formação semelhante.

Uma carta-convite com explicações sobre a pesquisa e seus objetivos foi enviada pela Secretaria Municipal de Saúde (Ofício Circular nº 002/2012), através de malote, para ser

entregue pelos coordenadores de cada unidade de saúde aos profissionais médicos. Nesta carta, os participantes foram esclarecidos que as respostas aos questionários tinham a finalidade explícita de conhecer a realidade da atenção a casos de ORL e que o objetivo a longo prazo é a formulação de programas de educação continuada destinados às equipes de saúde e intervenções para melhor organização da atenção em ORL.

Foi garantido sigilo e respeito à privacidade. Os que aceitaram ao convite de participação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e receberam um questionário impresso em papel. Coube aos coordenadores das unidades de atendimento a responsabilidade de coleta dos questionários para devolução, conforme pactuação prévia. O estudo foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (SISNEP 1133/2011) e pela Secretaria de Saúde de Votorantim.

Foram analisados dados demográficos sobre os profissionais e sua percepção sobre a formação na graduação para dar atendimento a casos básicos de ORL. Também foi avaliada a auto-percepção destes profissionais acerca de seu conhecimento e habilidade para realização de otoscopia, rinoscopia e oroscopia nas queixas de otalgia, hipoacusia, respiração bucal, espirros / prurido nasal e amigdalites de repetição. Para essas situações clínicas era questionado se os respondentes faziam exame físico de nariz, ouvido e garganta. Frente aos procedimentos de remoção de cerume, remoção de corpo estranho, drenagem de abscesso periamigdaliano e paracentese de ouvido, foi perguntado se os mesmos eram realizados pelos médicos.

Onze situações clínicas frequentes da prática diária da ORL foram selecionadas para que os participantes numerassem (de 11 a um) em ordem decrescente de frequência de atendimento. Também foi solicitado que ordenassem, da mais para a menos frequente, as cinco situações mais encaminhadas ao especialista.

Também foram apresentadas seis categorias de antibióticos para serem numerados do mais para o menos utilizado nas queixas otorrinolaringológicas. Em relação às dificuldades e possibilidades de melhora do atendimento (que inclui aumento da resolução na APS) foram oferecidas situações para serem assinaladas.

Na análise da associação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes foi utilizada o teste do Qui-Quadrado de Pearson e, quando necessário, a Simulação de Monte Carlo (ex.: exame físico realizado por pediatras), conforme descrito por Peat e Barton (2005) e Siegel e Castellan Jr. (2006) utilizando-se para tanto do software SPSS 13.0 for Windows^(12, 13). Para verificar a concordância dos respondentes em função de um conjunto de variáveis (ex: uso de antibiótico) foi estimado o coeficiente de concordância K de Kendall.

RESULTADOS

Foram enviados 54 questionários para as UBS e USF e obtidas 34 respostas (17 homens e 15 mulheres). Em dois questionários, não foi informado o gênero do participante. A idade média dos respondentes foi de $49,1 \pm 10,7$ anos (média \pm desvio padrão), variando de 28 a 76 anos. Apenas 2,9% deles tinham menos de 30 anos. Em relação ao tempo de formado, a maioria concluiu seus estudos até 1989 (19 respondentes, 55,9%) e todos se graduaram antes de 2008. Cinco profissionais não responderam o ano de formação (Tabela 1 e Gráfico 1).

Um total de 28 (82,3%) médicos concluiu RM ou estágio, enquanto dois estão cursando (5,8%). Dois relataram não terem cursado RM ou estágio (5,8%) e outros dois (5,8%) não responderam esta questão. Vinte e dois (64,7%) deles referem ter título de especialista. Considerando-se as especialidades dos respondentes que cursaram ou estão cursando residência médica ou estágio equivalente, 10 são pediatras, oito clínicos e 10 possuem outras especialidades. Outros dois não especificaram a especialidade (Tabela 2).

Em relação à participação em cursos e congressos nos últimos dois anos, a média geral de eventos frequentados foi de $4,52 \pm 3,84$. Os pediatras (com residência médica) apresentaram

a maior média (5,5 eventos \pm 4,02), embora a mediana dos três grupos fosse a mesma (igual a três) (Tabela 3).

Apenas três médicos trabalham exclusivamente em UBS (um cirurgião, um pneumologista e outro que não referiu a especialidade) e 16 dos 33 médicos dizem dedicar 50% ou mais de seu tempo à UBS (Tabela 4).

O tempo médio relatado para atendimento a casos de ORL é de 13,6 minutos para clínicos, 12,9 minutos para pediatras e 11,5 minutos para as demais especialidades. Quatorze dos 30 médicos com residência médica ou estágio equivalente avaliam que o tempo de atendimento é insuficiente. Nove respondentes citam a pressão da demanda da UBS como principal fator limitante do tempo de atendimento.

Sobre o preparo durante a graduação para atendimentos a casos de ORL, 61,8% (n=21) julgam terem sido preparados, 23,5% (n=8) referem que o foram parcialmente e 14,7% (n=5) acham que não tiveram preparo. Foi observado que 79,4% (n=27) dos médicos declararam examinar os pacientes com queixa otorrinolaringológica e que não os encaminham diretamente ao especialista. Não houve relação estatisticamente significativa entre o preparo na graduação e a realização de procedimentos (remoção de cerume e corpo estranho, drenagem de abscesso periamigdaliano e paracentese em ouvido).

Em relação à formação destes profissionais médicos, a maioria é proveniente de instituição de ensino superior (IES) profissional; entre as não profissionais, sete são de IES pública. Não houve associação entre a auto-avaliação sobre preparo na graduação para atendimento a casos de ORL e o tipo de IES (Tabela 5).

Foi possível observar que gripe e resfriado são as situações clínicas mais comumente atendidas - Gráfico 2. Obstrução nasal / respiração bucal / roncos foi a opção escolhida como a mais referenciada aos especialistas, seguida por hipoacusia, otite e tontura. Remoção de cerume, amigdalite e epistaxe são as situações clínicas menos encaminhadas (Gráfico 3).

O atendimento pelos pediatras nas UBS a pacientes com quadro clínico de respiradores bucais associou-se com exame físico mais completo, incluindo oroscopia, rinoscopia e otoscopia ($p=0,038$).

Os procedimentos de remoção de cerume, drenagem de abscesso periamigdaliano, remoção de corpo estranho e paracentese de ouvido, que incluem a realização de oroscopia, rinoscopia e otoscopia, não são realizados respectivamente por 70,6%, 97%, 55,9% e 100% dos respondentes. Não houve correlação entre possuir ou não residência médica ou estágio equivalente e realizar procedimentos como remoção de cerume e corpo estranho (Tabela 6).

Os médicos de UBS mostraram concordância ($W = 0,32$; $p < 0,0001$) no ranqueamento da escolha dos antibióticos mais utilizados em casos de ORL: penicilina e derivados (ampicilina, amoxicilina, benzetacil), seguidos sequencialmente por inibidor de betalactamase (clavulanato, sulbactam), cefalosporinas (cefalexina, cefaclor, cefadroxil, ceftriaxona), macrolídeos (azitromicina, eritromicina, claritromicina), sulfametoxazol-trimetropina e quinolonas (levofloxacino, ciprofloxacino, norfloxacino).

Entre as principais dificuldades encontradas no atendimento a situações de ORL foram apontadas dúvidas em relação às doenças (41,2%), carência de opção de antibióticos (41,2%), falta de otoscópio e lanterna (29,4%) e excesso de pacientes a serem atendidos (26,5%). Em relação ao encaminhamento para a referência, as principais dificuldades foram as agendas lotadas dos especialistas (85,3%), a limitação do número de encaminhamentos (52,9%), falta de aderência dos pacientes aos tratamentos (17,6%). Houve ainda respostas ressaltando dificuldade no manejo de pacientes com corpo estranho nasal, carência de corticóide nasal tópico na rede de atendimento, falta de especialista para exame imediato, alto custo de medicamentos, despreparo técnico e falta de retorno dos pacientes com o médico que atendeu (Gráfico 4).

Entre as intervenções apontadas para melhorar a resolução de casos em ORL na APS foram mais citadas a necessidade de cursos capacitação e a facilitação do encaminhamento ao OTRL. Outras sugestões foram a presença de especialista dando apoio matricial eventual ou por meio eletrônico para esclarecimentos de casos mais complexos, maior disponibilidade de medicamentos, maior diversidade em antibióticos, aumento de número de médicos da rede básica, aquisição de materiais como otoscópio e lanternas, aumento do salário e suporte tecnológico mais adequado. Em espaço aberto para outras sugestões, foram acrescentadas a possibilidade de solicitar exames mais complexos e a flexibilidade de horários para atendimento. Ter feito residência ou estágio não diferenciou as propostas de aprimoramento da atenção em ORL (Tabela 7).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou uma razoável taxa de respostas (62,9%) aos questionários sobre formação e o atendimento de casos de ORL por médicos (n=34) que atuam em UBS/USF de um município de médio porte do estado de São Paulo. Esta taxa é bastante superior à participação de pediatras em pesquisas utilizando questionários encontrados por Balbani, 2009 e Rocha, 2012 (21,4% e 43,8%, respectivamente) ^(14, 15).

Com distribuição similar quanto ao gênero (17 homens e 15 mulheres), a maioria destes profissionais tinha mais de 20 anos de carreira profissional. Interessante notar que a grande maioria (88,2%) têm residência médica ou estágio equivalente. Os pediatras foram os que mais frequentaram cursos e congressos nos últimos dois anos.

Metade dos participantes dedica apenas metade de seu tempo de trabalho ao emprego público na APS. Fica o questionamento sobre o que significa, para estes médicos, a opção pelo trabalho na APS, uma vez que ela pode representar mais um vínculo trabalhista ou salientar a pouca disponibilidade de tempo se nos outros 50% o profissional se dedica a outro emprego ou

consultório. Estas situações poderiam reduzir a disponibilidade e motivação para que estes profissionais viessem, de fato, a participar de ações de educação permanente (EP) que fossem propostas.

A pressão da demanda na unidade de saúde foi considerada como a principal responsável para a falta de tempo para atendimento adequado. Isto pode estar associado à carência de horas de trabalho, de médicos e de unidades de saúde, mas estas situações não foram objeto do presente estudo.

Sobre a resolubilidade do atendimento médico, observou-se que procedimentos de nível secundário e terciário (paracentese de ouvido e drenagem de abscesso periamigdaliano) realmente não são feitos na APS. O único relato de drenagem de abscesso periamigdaliano está associado à formação especializada do respondente que atua parte de seu tempo na APS.

Por outro lado, a remoção de cerume e remoção de corpo estranho não são realizados por 70,6% e 55,9%, dos profissionais da APS, respectivamente. A observação de que a remoção de corpo estranho é mais frequentemente realizada do que a remoção de cerume, sugere que pode haver uma percepção de que o primeiro é um procedimento de urgência com possibilidade de resolução no próprio local, enquanto que o segundo, não sendo de urgência, pode ser encaminhado ao especialista encurtando o tempo despendido a este atendimento. Também não podemos afastar que falte experiência aos médicos para realizar a retirada de cerume na própria APS; neste caso, a oferta de uma capacitação específica seria de grande valia para estes profissionais e para a simplificação do atendimento na perspectiva do paciente. Assim, esta diferença de prática em relação aos procedimentos pode refletir a percepção de que a interrupção dos atendimentos para realizar procedimento não urgente é inadequada, ou há carência de suporte, apoio ou decisão gerencial, refletindo o processo de trabalho local.

Do ponto de vista do atendimento clínico envolvendo diagnóstico e tratamento das afecções de ouvido, nariz e garganta, de modo geral as respostas sugerem suficiente preparo

dos profissionais, embora eles tenham respondido que gostariam de ter mais oportunidades de atualização acerca dessas afecções.

É pertinente salientar que, dentre os médicos trabalhando na APS, encontramos um patologista, um cirurgião geral e um médico do trabalho, além de outros com subespecialização. Este perfil demonstra que esta função vem sendo ocupada por profissionais com muitos anos de prática clínica e com formação em áreas de atuação. Reforça a observação de que a APS carece de médicos com formação específica, apresentando-se como um campo de trabalho aberto às mais diferentes especialidades⁽¹⁶⁾.

Isto aponta para a necessidade de que todos os profissionais médicos devam estar preparados e se sintam habilitados para atender aos casos clínicos mais comuns da APS, ao finalizar a graduação. No universo estudado, isso parece não ter ocorrido. A especialidade de ORL em geral é ministrada em regime de hospitalar terciário, porém o estudante é exposto a outros cenários de prática, que incluem a APS e pronto-socorro de clínica e pediatria, onde tem contato com afecções de ouvido, nariz e garganta. Com a implantação das DCN, houve um movimento dos currículos médicos nos últimos dez anos para exposição dos estudantes a essa diversificação de cenário com foco nas doenças mais prevalentes, que incluem àquelas dentro do escopo da ORL. No entanto, estes profissionais entrevistados foram na sua maioria formados há mais de dez anos, portanto, o currículo no qual tiveram contato, certamente tinha enfoque maior na formação dentro de hospitais universitários de atendimento secundário e terciário.

Embora 61,8% referissem ter sido adequadamente preparados na graduação para atendimento a casos de ORL, independentemente do tipo de financiamento da IES, 24 de 30 profissionais com pós-graduação *lato sensu* solicitaram cursos de capacitação. Portanto, parece-nos que a proposição de ações de educação permanente, com foco em ORL, para os profissionais em atuação na APS deva ser contemplada na agenda dos profissionais e dos gestores.

A maioria dos participantes formou-se em IES confessional, o que pode ser justificado pelo fato de haver a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo com campus em Sorocaba-SP, cidade que fica próxima à Votorantim.

Patrocínio “et al”, em 2002, em relação ao currículo de ORL, citou haver situação inversa entre o tempo utilizado estudando uma doença em particular e sua incidência na população em geral, além de estar havendo declínio do tempo dedicado à disciplina de ORL em contraste ao aumento do conhecimento das doenças ⁽⁷⁾. Embora a graduação médica não tenha o intuito de proporcionar formação especializada, o que cabe aos programas de residência médica, estes dados mostram a necessidade de um preparo adequado ainda na graduação para lidar com situações que podem corresponder a 50% das queixas, por exemplo, entre crianças. As onze situações otorrinolaringológicas classificadas pelos médicos respondentes correspondem às prevalentes em nosso meio. As afecções de etiologia infecciosa, virais e com curso benigno são as doenças ORL mais comumente avaliadas na atenção primária, conforme pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte- MG, sendo gripe e resfriado as situações mais atendidas ⁽¹⁷⁾. Isto corrobora os dados levantados na presente amostra de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo e valoriza seus achados.

A obstrução nasal / respiração bucal / roncos foi a situação otorrinolaringológica mais encaminhada ao especialista, podendo ser decorrente das vários diagnósticos diferenciais, entre eles desvio do septo nasal, hipertrofia de conchas nasais inferiores e de adenóides, polipose nasossinusal e rinite.

Não houve um padrão típico de atendimento e encaminhamento dos pacientes com queixa de ORL. No entanto, a grande maioria (79,4%) referiu examinar o paciente e não apenas encaminhá-lo. De toda forma, existem 20,6% de médicos que não examinam os pacientes e os encaminham direto ao especialista. É de se supor que um melhor preparo deste profissional deva lhe proporcionar maior segurança para tomar condutas mais adequadas, novamente

apontando em direção aos aspectos educacionais, tanto na graduação como na vida profissional.

Um resultado de grande relevância é o atendimento dos pediatras nas UBS a pacientes respiradores bucais, que está associado a exame físico completo incluindo oroscopia, rinoscopia e otoscopia, o que reflete uma formação profissional adequada. Segundo Abreu (2008), o diagnóstico da síndrome da respiração oral (SRO) é clínico e muitas vezes o pediatra é quem tem o primeiro contato com a criança respiradora oral, pois é comum a ausência de relatos por parte dos pais e/ou acompanhantes sobre roncos, respiração bucal de suplência, babação noturna e prurido nasal. Cabe a ele fazer anamnese dirigida e detalhada, considerando informações sobre as manifestações clínicas para o diagnóstico precoce e tratamento adequado⁽¹⁸⁾. A pediatria pode ser considerada, dentro das grandes áreas da medicina, uma das que mais contribui para a formação geral, privilegiando a formação de um profissional capaz de abordar e conduzir questões relevantes de cuidado em saúde da criança, incluindo situações clínicas em ORL⁽¹⁹⁾.

Houve concordância entre os médicos da UBS no ranqueamento dos antibióticos mais utilizados em casos de ORL, com penicilinas e derivados de uso mais frequente, seguidos por inibidores de beta-lactamase, cefalosporinas, macrolídeos, sulfametoxazol – trimetropina e quinolonas, corroborando dados da literatura. Em relação ao uso de sulfametoxazol / trimetropina, o mesmo foi considerado como mais usado que as quinolonas. De fato, as quinolonas não estão disponíveis na rede municipal e não é recomendado seu uso em faixa etária pediátrica. No entanto, o sulfametoxazol/trimetropina não tem uso preconizado pela EPOS (*European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps*), 2012, nos casos de rinossinusite aguda bacteriana⁽²⁰⁾. No Brasil, o sulfametoxazol / trimetropina pode ser indicado para uso em casos leves ou moderados de sinusite aguda bacteriana quando há farmacodermia ao uso da amoxicilina⁽²¹⁾.

Segundo o guia clínico da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, o tratamento antimicrobiano para amigdalite bacteriana não complicada, rinossinusite aguda bacteriana e otite média aguda consiste basicamente em amoxicilina, amoxicilina / ácido clavulânico, macrolídeos e cefalosporinas ⁽²²⁾. O Consenso de Otite Média Aguda da Academia Americana de Pediatria preconiza a amoxicilina em dose alta ou convencional como antibiótico de escolha para otite média aguda (OMA), quando houver indicação de uso de antimicrobiano via oral. Pelo Projeto Diretrizes, da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, pode ser utilizada amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulânico, azitromicina, cefaclor e claritromicina ^(23, 24). Na Noruega, o tratamento de otite média é realizado na atenção primária, com redução de encaminhamento para especialistas. O conhecimento dos protocolos clínicos atualizados pelos médicos da APS pode contribuir para qualificar o atendimento. E isso é um objetivo que se pode buscar com atividades de EP, inclusive por educação à distância.

Quanto às dificuldades para atendimento aos casos de ORL, as mais citadas foram relativas ao encaminhamento para o especialista, principalmente devido às agendas lotadas e limitação do número de encaminhamentos. As dúvidas em relação às doenças estão entre as principais dificuldades do atendimento aos casos de ORL juntamente com a carência de opção de antibióticos. Isto sugere uma necessidade de aumento de resolução dos casos na rede básica e maior agilidade no contato da APS com a especialidade.

Quanto aos fatores que podem favorecer a resolução dos casos de ORL na atenção básica também foram mais ressaltados a necessidade de cursos de capacitação (entendido como educação permanente - EP), facilitação do encaminhamento ao especialista, presença do especialista de modo presencial ou à distância para apoio à resolução de casos que necessitem discussão e maior disponibilidade de medicamentos. Em outro estudo em Sorocaba-SP, foram aplicadas questões abertas sobre possíveis sugestões para diminuição da prescrição de

antibióticos por pediatras em seus locais de trabalho e a medida mais citada foi educação (53%), tanto da população quanto dos médicos ⁽¹⁵⁾. Assim, estes achados precisam ser considerados nas futuras ações, pois foram apontadas por um grupo de médicos atuando há muitos anos na APS, entre os quais até 20% encaminha casos diretamente ao OTRL sem examinar o paciente. Há sugestões que grupos de aprendizado possam contribuir para atualização do conhecimento na APS, diminuindo referenciamento para especialistas ⁽²⁵⁾.

A telemedicina tem sido ferramenta para aproximar a atenção primária com a secundária. Na ORL, o ensino à distância vem sendo utilizado com bom aproveitamento quando comparado ao ensino presencial ⁽²⁶⁾. Em Belo Horizonte-MG, a experiência com teleconsultoria e vídeo-aula foi realizada para a APS, com boa aceitação por parte dos participantes principalmente das vídeo-aulas, embora relatassem preferir o ensino presencial ^(26, 27). Este modelo de ensino que envolve tanto atividades à distancia (síncrona ou assíncrona), quanto presenciais, é conhecida como *blended learning* (*b-learning*) ou ensino híbrido, cuja vantagem é permitir interação pessoal e troca de experiências entre os participantes ⁽²⁸⁾.

A educação médica continuada (EMC) ou educação permanente (EP) pode ser considerada como o conjunto de atividades educacionais que mantém, desenvolvem ou melhoram o conhecimento, as habilidades, o relacionamento e o desempenho profissional para prover serviços ao paciente, ao público ou à profissão. O conteúdo da EP deve ir ao encontro das necessidades percebidas pelos profissionais participantes, ou seja, o processo de educação deve ser contextualizado, contínuo e significativo aos participantes ⁽¹⁶⁾. Diversas associações médicas estaduais e nacionais disponibilizam aos seus associados e demais profissionais de saúde programas de atualização profissional à distância. Podem ser através de internet ou de televisão (via satélite), podendo ser agendados previamente para que grupos de médicos possam discutir na sequência ^(29, 30). O uso de diversas estratégias, que permitam oferecer aprimoramento e levar em consideração as restrições dos profissionais dos serviços e de suas

referências, pode ser a resposta mais adequada para o enfrentamento dos problemas que exigem EP.

Com este estudo, estabelecemos a primeira etapa diagnóstica de necessidades percebidas pelos profissionais para a proposição de um programa de educação permanente em ORL voltada à APS, através do diagnóstico situacional local, o que incluiu o perfil das doenças mais atendidas, da formação dos médicos e sua relação com o preparo para atender a esta demanda (incluindo graduação e residência médica) e das principais dificuldades encontradas pelos mesmos.

CONCLUSÕES

A análise dos dados de pesquisa realizada em cidade de médio porte do interior de São Paulo mostra que o atendimento clínico parece ser adequado mas não são realizados procedimentos que seriam factíveis e adequados à APS. Para este grupo de profissionais que se formou majoritariamente há mais de 10 anos, o preparo na graduação foi aparentemente suficiente para conduzir as afecções de nariz, ouvido e garganta. No entanto, não podemos afirmar pelos resultados que houve preparo adequado para realizar os procedimentos que seriam indicados na APS (remoção de cerume e de corpo estranho). Há solicitação dos profissionais para oferecimento de educação continuada e facilitação de acesso ao especialista através de matriciamento ou encaminhamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev Saude Pública*. 2011;45:1206-7.
2. Mace AD, Narula AA. Survey of current undergraduate otolaryngology training in the United Kingdom. *J Laryngol Otol*. 2004;118(3):217-20.
3. Hu A, Sardesai MG, Meyer TK. A need for otolaryngology education among primary care providers. *Med Educ Online*. 2012;17:17350.
4. Benguigui Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da IRAS no primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana de Saúde. *Infecções respiratórias em crianças*. Washington; 1998. p. 18.
5. Finkelstein JA, Huang SS, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Stille CJ, Daniel J, et al. Impact of a 16-community trial to promote judicious antibiotic use in Massachusetts. *Pediatrics*. 2008;121(1):e15-23.
6. Nyquist A, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA*. 1998;279(11):875-7.
7. Patrocínio LG, Silveira GC, Patrocínio TG, Patrocínio JA. Avaliação de necessidades para um currículo de otorrinolaringologia na graduação. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68:107-11.
8. Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. Projetos da ABEM – CINAEM [Internet]. Rio de Janeiro: ABEM; c2008 [acesso em 24 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/cinaem.php>.
9. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do

- Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Brasília: MEC; 2001 [acesso em 25. jul. 2012]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04>.
10. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30:415-21.
 11. IBGE. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 25 jul. 2012]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
 12. Peat J, Barton B. *Medical statistics: a guide to data analysis and critical appraisal*. Malden: John Wiley; 2008. p. 317-24.
 13. Siegel S, Castellan NJ Jr. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. São Paulo: Penso; 2006.
 14. Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Faringotonsilites em crianças: visão de uma amostra de pediatras e otorrinolaringologistas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75:139-46.
 15. Rocha MCP, Del Fiol FS, Junqueira FM, Rocha JIP, Barberato-Filho S, Barreiros RC. Perfil de prescritores e prescrição de antimicrobianos nas infecções das vias aéreas superiores em Pediatria. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30:471-8.
 16. Fontanive PVN. *Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto telessaúde – RS [dissertação]*. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
 17. Guerra AFM. *Capacidade resolutiva em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte – Brasil [dissertação]*. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 135.
 18. Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA, Guerra ÁFM. Etiologia, manifestações clínicas e alterações presentes nas crianças respiradoras orais. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:529-35.
 19. Naghettini AV, Bollela VR, Costa NMSC, Salgado LMR. Quebrando barreiras: integração do currículo de pediatria a partir da criação de uma matriz de competências. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:529-34.

20. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012;50(1):1-12.
21. Sakano E, Weckx LLM, Sennes LU; Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Diagnóstico e tratamento da rinosinusite. Projeto Diretrizes [Internet]. Brasília: AMB; CFM; 2001 [acesso em 25 jul. 2012]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/086.pdf.
22. Pinna F, Pádua F, Abdo T; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Guideline IVAS: infecções das vias aéreas superiores [Internet]. São Paulo: Wolter Kluwer Health; ABORL CCF; [2006] [acesso em 25 jul. 2012]. Disponível em: http://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_completo_07.pdf.
23. Sakano E, Weckx LLM, Bernardo WM, Saffer M; Sociedade Brasileira de Pediatria; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial. Otite média aguda na infância: tratamento. Projeto Diretrizes [Internet]. Brasília: AMB; CFM; 2005 [acesso em 25 jul. 2012]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/28-Otitemedi.pdf.
24. American Academy of Pediatrics. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-65.
25. Kvaerner KJ, Helgaker AB. Otitis media referrals - the general practitioner perspective. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(8):1219-24.
26. Oliveira MH. A eficiência do ensino a distância em otorrinolaringologia na capacitação de médicos da atenção primária do distrito sanitário norte do município de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
27. Beyea JA, Wong E, Bromwich M, Weston WW, Fung K. Evaluation of a particle repositioning maneuver Web-based teaching module. *Laryngoscope*. 2008;118(1):175-80.

28. Almeida MEB. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. *Educ Pesqui*. 2003;29:327-40.
29. Leite MTM, Carlini AL, Ramos MP, Sigulem D. Educação médica continuada online: potencial e desafios no cenário brasileiro. *Rev Bras Educ Méd*. 2010;34:141-9.
30. Collares CAL, Moysés MAA, Geraldi JW. Educação continuada: a política da descontinuidade. *Educ Soc*. 1999;20:202-19.

Tabela 1. Distribuição das faixas de idades dos participantes

Idade	N
Menos que 30 anos	1
Entre 30 e 39 anos	4
Entre 40 e 49 anos	13
Entre 50 e 59 anos	8
Entre 60 e 69 anos	3
70 anos ou mais	1

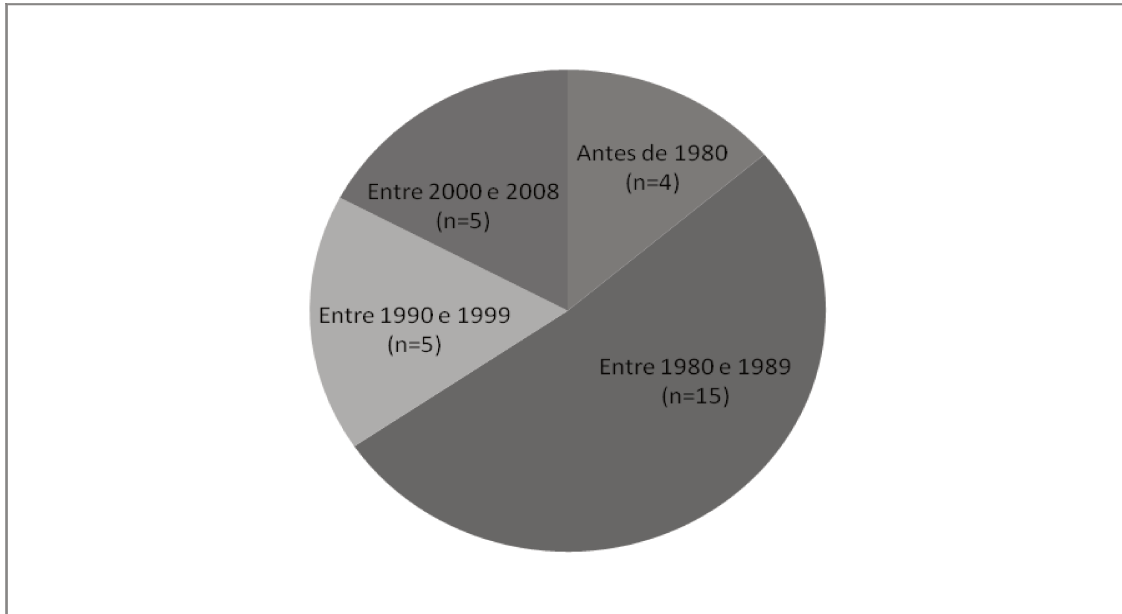


Gráfico 1. Distribuição dos anos de graduação dos participantes

Tabela 2. Áreas de residência médica ou estágio equivalente

Pediatria	Clínica Médica	Outras especialidades
Pediatria (n=8)	Pneumologia (n=3)	Medicina do trabalho (n=2)
Medicina intensiva pediátrica (n=1)	Clínica médica (n=2)	Cirurgia geral (n=2)
Pneumologia pediátrica (n=1)	Endocrinologia (n=1)	Acupuntura (n=1)
	Nefrologia (n=1)	Cirurgia pediátrica (n=1)
	Cardiologia (n=1)	Medicina de trânsito (n=1)
		Homeopatia (n=1)
		Saúde coletiva (n=1)
		Patologia (n=1)

Tabela 3. Participação em cursos e congressos nos últimos dois anos por especialistas e áreas de especialidade

	Média	Desvio Padrão
Pediatras	5,5	4,0
Clínicos	4,38	4,3
Demais especialidades	4,10	3,95
Todos os participantes	4,52	3,8

Tabela 4. Divisão por faixas de porcentagem em tempo de trabalho dedicado à UBS

Tempo dedicado (em porcentagem) ao trabalho em UBS	N
0 a 24%	5
25 a 49%	12
50 a 74%	7
75 a 99%	6
100%	3
Total	33

Tabela 5. Tipo de instituição de ensino superior (IES) e auto-avaliação do preparo na graduação para atendimentos a casos de ORL

Financiamento da IES	Preparo na graduação		p valor
	Sim	Não	
Confessional	11	7	0,4089
Não confessional	6	7	

$\chi^2=0,682$

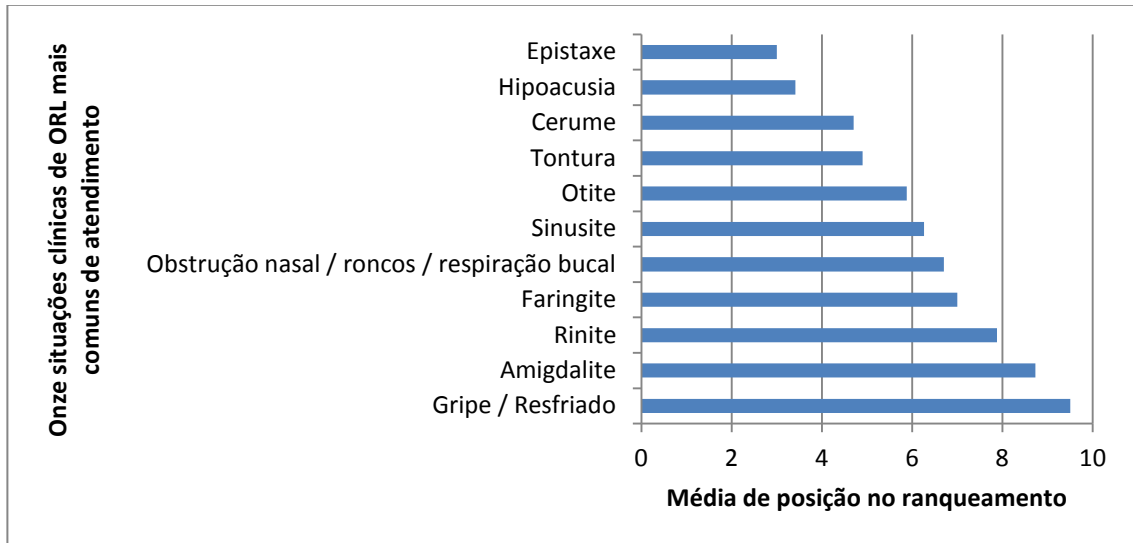


Gráfico 2. Média de posição no ranqueamento, em ordem crescente, segundo frequência de atendimento em 11 situações de otorrinolaringologia (ORL) referidas pelos médicos

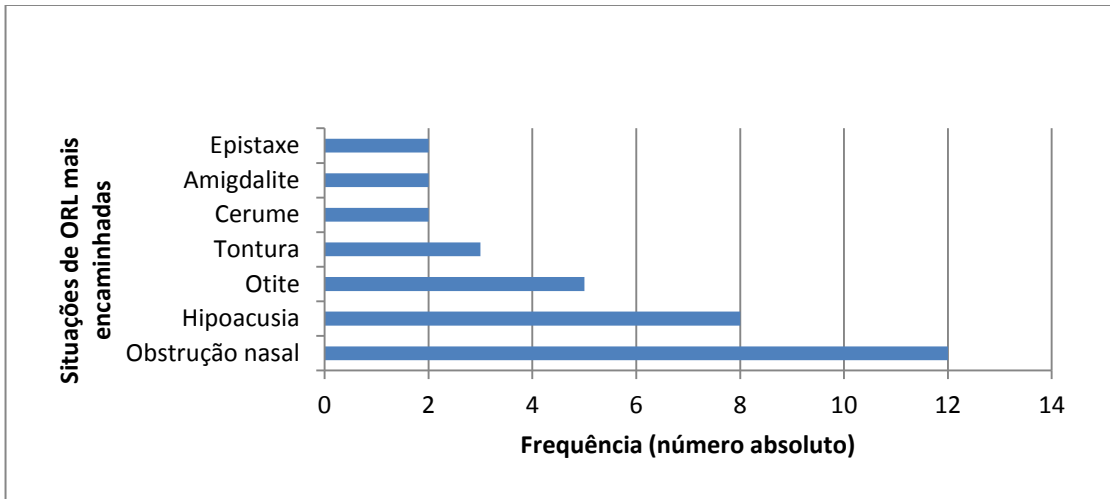


Gráfico 3. Frequência de citações (em número absoluto) das situações clínicas em ORL encaminhadas ao especialista

Tabela 6. Procedimentos realizados por médicos com residência ou estágio equivalente

		Residência médica ou estágio			p valor
		Sim	Não	Total	
Remoção de cerume	Sim	7	1	8	0,4435
	Não	23	1	24	
Remoção de corpo estranho	Sim	13	0	13	0,3448
	Não	17	2	19	

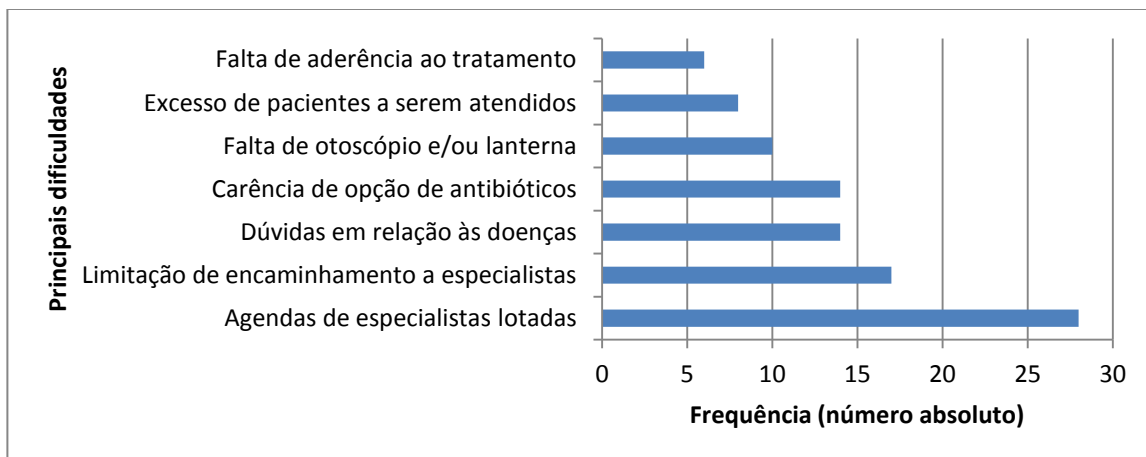


Gráfico 4. Frequência, em número absoluto, das citações das principais dificuldades para o atendimento em ORL

Tabela 7. Intervenções apontadas para melhorar a resolução de casos em ORL

	Total
Facilitar encaminhamento aos OTRLs*	25
Cursos de capacitação	24
Maior disponibilidade de medicamentos	18
Matriciamento por especialista	17
Maior diversidade de antibióticos	16
Aumentar número de médicos na rede básica	13
Presença de suporte de especialista	12
Aquisição de materiais como otoscópio e lanterna	10
Aumento de salário	10
Suporte tecnológico mais adequado	9
Nenhum dos outros fatores pela real necessidade de encaminhamento	3

* OTRLs = otorrinolaringologistas

4. Discussão

Tradicionalmente, o padrão de formação médica segue um modelo composto por ciclos básico, clínico e internato. Após o ciclo básico, há usualmente uma sucessão de etapas de ensino-aprendizagem do método clínico, com base no desenvolvimento da semiologia e do raciocínio diagnóstico, em geral em ambiente hospitalar (27). Esta concepção linear e cumulativa do saber pode ter descontextualizado conhecimento científico, pretensamente transmitido.

Para direcionar a aquisição de conhecimentos, habilidades e de atitudes condizentes com a profissão médica, tem sido utilizado o conceito de competências, com definições variadas na literatura (28). Incluem “competências são conhecimentos, habilidades, atitudes e qualidades pessoais essenciais para a prática médica”. Entende-se que a definição de competências permite definir padrões de desempenho que devem ser atingidos (29).

Assim, um dos eixos de mudança das DCN é a demanda de um ensino baseado nas competências (27). Em seu artigo 5º, define as competências e habilidades que o profissional médico deve desenvolver: atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde (com ênfase nos atendimentos primários e secundários), reconhecer suas limitações e realizar encaminhamento dos pacientes com problemas que fujam ao alcance da formação geral e obedecer princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência (6).

A ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) em conjunto com a *American Board of Medical Specialties* (ABMS) identificaram seis domínios das competências gerais que são: cuidados ao paciente, conhecimento médico, aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática, habilidades de comunicação e interpessoais, profissionalismo e práticas baseadas nos sistemas vigentes (30). Estas competências gerais, são similares àquelas

descritas no projeto do Reino Unido do *Tomorrow's Doctors* (31, 32), no *CanMeds* (33) e também com as DCN brasileiras (6). A diferença é que, no Brasil, espera-se que estas competências sejam adquiridas até o final da graduação, enquanto em outros países pressupõe-se um período a mais de treinamento pós-graduado.

Assim, a utilização de competências norteia os problemas de saúde a serem abordados e deve alinhar o desempenho dos egressos com as condições clínicas mais relevantes, direcionando o modelo e conteúdo curricular. O ensino baseado em competências também permite um processo de aprendizado mais individualizado, com a utilização de uma gama ampla de atividades, experiências e métodos de aprendizagem. Esta proposta contrasta com o modelo tradicional que se baseia no currículo pautado no que deve ser ensinado (34). Durante a formação na graduação, os alunos devem ter contato e adquirir experiência em diferentes situações e cenários clínicos como incluem ambulatórios e enfermarias, unidades básicas de saúde e hospitais universitários, para que as competências se desenvolvam em múltiplos cenários (35).

O médico generalista deve ter consciência do trabalho em equipe, da multidisciplinaridade, além das necessidades locais, sendo imprescindível atuar com profissionalismo e empatia. No entanto, os objetivos e resultados do aprendizado não são sinônimos das competências verdadeiramente adquiridas durante a graduação (29).

Assim, a APS se constitui no primeiro nível de contato com o sistema de saúde num processo contínuo de atenção e corresponde aos cuidados essenciais à saúde oferecidos mediante tecnologia acessível (36). O egresso atuando na APS e deparando com casos de ORL deve pensar nas possibilidades de resolução local sem haver necessidade de referenciar ao setor secundário. Por outro lado, deve reconhecer suas limitações e da unidade de atendimento quando é necessário demandar exames complementares ou encaminhar ao especialista para benefício ao paciente. Este tipo de aprendizado sedimenta-se durante a graduação, tendo

contato com as necessidades de saúde nos diferentes níveis de atenção. O profissional médico que teve o contato com casos da ORL durante a graduação apenas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, e que posteriormente opta por atuar na APS, deverá encontrar situações para as quais não foi previamente preparado ou mesmo exposto. Ainda, o aprendizado apenas nos níveis secundário e terciário não garante a formação que enfoca a resolubilidade para a APS, o que gera comprometimento ao funcionamento do sistema de saúde.

Na estrutura do sistema de saúde, uma das maneiras de assegurar retaguarda especializada à APS, quando necessário, é através do apoio matricial em saúde, uma metodologia de trabalho complementar aos sistemas hierarquizados com sistemas de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. Oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico de especialidades às equipes de referência. Devem ser previstos critérios para acionamento do apoio e definidas as responsabilidades dos integrantes da equipe de referência e dos apoiadores matriciais. O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Neste sentido, caberia às Centrais de Regulação a função de urgência, zelando pelas normas e protocolos acordados e divulgando o apoio disponível (37). O apoio matricial em saúde nos casos de ORL, como em outras situações similares, pode ser realizado em horários pré-estabelecidos, de forma presencial ou por suporte virtual, podendo auxiliar discussões de casos, aumentando a resolubilidade na APS e, quando necessário, facilitando o acesso e atendimento ao médico especialista, já ciente do caso discutido.

Os resultados destes estudos também mostram que é preciso oferecer educação continuada aos médicos generalistas, idealmente associando ensino a distância (videoaula, videoconferência) e presencial. Oliveira, 2012, em Belo Horizonte, utilizando a educação

continuada na área de ORL para médicos da família através de novas tecnologias, mostrou haver redução do número de encaminhamentos a partir da APS para a especialidade de ORL, sendo a videoaula mais eficiente na aquisição de conhecimento teórico em ORL do que a teleconsultoria. Sugere também que, para o desenvolvimento profissional contínuo, atividades de treinamento em serviço supervisionadas parecem ser o tipo de intervenção mais importante para melhorar o desempenho do médico da APS (38).

Pode-se afirmar que a ORL é especialidade que apresenta posição estratégica quando se pensa em avaliar uma parte do ensino médico que deve se integrar com as especialidades e seu papel nas competências essenciais esperadas do graduado em Medicina. Tem participação clínica e prática abrangente durante a graduação, voltado à atenção de crianças e adultos. Nas MC com metodologias inovadoras, embasadas nas DCN, a ORL deve estar atrelada às disciplinas que tenham associação com ouvido, nariz e garganta como alergologia, pediatria, imagem (radiologia), pneumologia e gastroenterologia. Na presença do aluno na APS há grande possibilidade de atendimento a casos relacionados à ORL, com chances de resolução na própria unidade, sem necessidade de encaminhamento ao setor secundário, o que contribui para reduzir as longas filas de espera para as especialidades que faz parte no cotidiano do SUS.

Situações que não fazem parte do nível primário de atendimento, como casos de epistaxes, queixas que demandem realização de exames específicos e doenças que tenham cirurgias como forma de tratamento, serão vivenciadas nos outros níveis de atenção à saúde durante os anos de graduação. O segundo artigo exposto (Casos otorrinolaringológicos na atenção primária em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo e a formação médica) apresentou dados evidenciando que a maioria dos médicos não realiza procedimentos como remoção de cerume na APS mesmo julgando-se aptos para tal. O conhecimento de algumas condições que propiciem resolução de situações clínicas da rotina da APS deve orientar a

elaboração dos currículos buscando o desenvolvimento das competências esperadas dos egressos.

Portanto, tomando a ORL como área sentinela da qualidade da formação médica, pode-se afirmar com estes resultados que ainda se faz necessário investir em rever a melhor oportunidade para inclusão dos conteúdos e habilidades da ORL nos currículos, hoje mais integrados para assegurar confiança e bom desempenho na vida profissional. De forma complementar, também é necessário elaborar programas de educação permanente orientados pelos achados e demandas dos profissionais em atuação na APS.

5. Conclusões

- Há um predomínio da identificação da disciplina de ORL nas IES que utilizam metodologias tradicionais de ensino. Nos cursos com metodologia inovadora, é de se esperar que a ORL esteja distribuída em disciplinas e módulos que envolvam afecções do nariz, ouvido e garganta.
- Há percepção de competência para atender afecções associadas à especialidade de ORL pelos médicos da APS, formados predominantemente há mais de 20 anos, com residência médica ou especialização. No entanto, grande percentual destes médicos não realizam procedimentos básicos, como remoção de cerume.
- A pressão da demanda na unidade de atendimento é o principal fator limitante para o tempo do atendimento. A agenda lotada dos especialistas é considerada como principal dificuldade no encaminhamento para especialistas. Os médicos solicitam capacitação sobre procedimentos, diagnóstico e condutas essenciais na condução de afecções de ouvido, nariz e garganta e acesso ou matriciamento por especialista para qualificar a atenção.

6. Referências Bibliográficas

1. Amaral JLD. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
2. Oliveira NAD, Meirelles RMSD, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Med. 2008;32:333-46.
3. Declaração de Alma-Ata [Internet]. 1978 [acesso em 05 ago. 2012]. Disponível em: http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=D_LFE-32330.pdf.
4. Pierantoni CR, Viana ALD, Tavares RAW, Rodrigues SH, Belisário AS, França T. Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde: uma proposta metodológica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 75-103.
5. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev Bras Educ Med. 2011;35:557-66.
6. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Brasília, DF: MEC; 2001 [acesso em 05 ago. 2012]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

7. Mace AD, Narula AA. Survey of current undergraduate otolaryngology training in the United Kingdom. *J Laryngol Otol.* 2004;118(3):217-20.
8. Hu A, Sardesai MG, Meyer TK. A need for otolaryngology education among primary care providers. *Med Educ Online.* 2012;17:17350.
9. Benguigui Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das IRA no primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana de Saúde. *Infecções respiratórias em crianças.* Washington, DC; 1998. p. 18.
10. Patrocínio LG, Silveira GC, Patrocínio TG, Patrocínio JA. Avaliação de necessidades para um currículo de otorrinolaringologia na graduação. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68:107-1.
11. Menezes ET, Santos TH. "MEC/USAID" (verbetes). *Dicionário Interativo da Educação Brasileira – EducaBrasil* [Internet]. São Paulo: Midiamix; 2002 [acesso em 02 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=325>.
12. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet] [acesso em 05 ago. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
14. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet] [acesso em 05 ago. 2012].

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF; 1988.
16. Machado JLM. A participação da ANDES-SN na CINAEM: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface Comunic Saúde Educ.* 1999;3:177-80.
17. Merhy EE, Aciole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições.* 2003;14(1) (40):1-22.
18. Cotta RMM, Mendonça ETD, Costa GDD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Públ.* 2011;30:415-21.
19. Aguiar ACD. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? *Interface Comunic Saúde Educ.* 2001;5:161-6.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2007. p. 86.
21. Haddad AE, Campos FE, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. *Cad ABEM.* 2009;5:12.
22. Brasil. PET-SAÚDE [Internet]. 2011 [acesso em 02 jun. 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306.

23. Sharma A, Machen K, Clarke B, Howard D. Is undergraduate otorhinolaryngology teaching relevant to junior doctors working in accident and emergency departments? *J Laryngol Otol.* 2006;120(11):949-51.
24. Clamp PJ, Gunasekaran S, Pothier DD, Saunders MW. ENT in general practice: training, experience and referral rates. *J Laryngol Otol.* 2007;121(6):580-3.
25. Wu EC, Passy V, Armstrong WB. Preliminary evaluation of junior medical students' exposure and comfort with performing the basic head and neck examination. *Laryngoscope.* 2011;121(7):1431-5.
26. Solyar A, Cuellar H, Sadoughi B, Olson TR, Fried MP. Endoscopic Sinus Surgery Simulator as a teaching tool for anatomy education. *Am J Surg.* 2008;196(1):120-4.
27. Aguiar ACD, Ribeiro ECDO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34:371-8.
28. Hoffmann T. The meanings of competency. *J Eur Ind Train.* 1999;23(6):275-86.
29. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ.* 2008;42(3):248-55.
30. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* 2007;29(7):648-54.
31. Maudsley G, Strivens J. 'Science', 'critical thinking' and 'competence' for tomorrow's doctors. A review of terms and concepts. *Med Educ.* 2000;34(1):53-60.



32. General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council; 2009.
33. Frank J. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care [Internet]. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005 [acesso em 24 jun. 2013]. Disponível em: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_e.pdf.
34. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
35. Amaral E, Azevedo GDD, Abbade J. O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação: desafios e tendências. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29:551-4.
36. Gomes KDO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TDCP. Atenção primária à saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:881-92.
37. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:399-407.
38. Oliveira MHD, Gonçalves DU. Videoaula ou teleconsultoria no aprendizado em otorrinolaringologia do médico de família. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36:531-5.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 - Aprovação no CEP – SISNEP

09/12/12

SISNEP - Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

 **Andamento do projeto - CAAE - 1033.0.146.000-11** 

Título do Projeto de Pesquisa
Demandas e conhecimento em otorrinolaringologia de profissionais de saúde da rede pública

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	04/11/2011 11:15:38	23/11/2011 10:10:46		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	04/11/2011 11:15:38	Folha de Rosto	1033.0.146.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	12/09/2011 23:27:47	Folha de Rosto	FR462494	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/11/2011 10:10:46	Folha de Rosto	1133/2011	CEP

[Voltar](#)

7.2. Anexo 2 - Carta de apresentação ao coordenador do pronto atendimento / gerente da unidade

AO COORDENADOR DO PRONTO ATENDIMENTO / GERENTE DA UNIDADE

Estou desenvolvendo minha tese de mestrado através de levantamento de dados por questionários.

Tenho como objetivo propor após essa análise uma capacitação permanente em otorrinolaringologia para os profissionais da rede básica.

Solicito a sua colaboração no sentido de estimular os médicos a responderem os questionários assim como na devolução dos mesmos.

Envio em anexo aos questionários dois termos de consentimento, sendo um da pesquisa que deve ser devolvido assinado, e o outro para cada médico que responde ao questionário.

Para manter anonimato, o termo de consentimento pode ser entregue separado do questionário respondido.

Esse projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e teve o consentimento da secretaria de saúde de Votorantim.

Meus contatos para eventuais esclarecimentos:

rogerioswensson@gmail.com

tel.: 32311663 / 32327838

celular: 9665-1339

Atenciosamente,

Rogério Poli Swensson

CRM SP 113.536

7.3. Anexo 3 - Ofício Circular nº 002/2012



Prefeitura Municipal de Votorantim
"Capital do Cimento"
Estado de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
R. Antônio Fernandes, 97 - Vila Albertina - Votorantim SP - CEP 18110045
Fones(15) 32432619 - 32433498 - 32433726 - e-mail: sesavot@hotmail.com

Ofício Circular nº. 002/2012

Votorantim, 18 de janeiro de 2012.

Senhor(as),

Encaminhamos em anexo questionário de pesquisa para ser entregue a todos os médicos de sua unidade .

Tal questionário servirá para tese de mestrado do Dr. Rogério Poli Swensson assim como para planejamento de ações futuras em otorrinolaringologia .

Solicitamos o empenho de Vossa Senhoria para que os questionários sejam preenchidos e devolvidos a está secretaria no prazo mais curto possível .

Atenciosamente

Charles Rodrigues
Diretor de Departamento Médico

UBS , PSF, UPA

7.4. Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: **Demandas e conhecimento em otorrinolaringologia de profissionais de saúde da rede pública**

Pesquisador responsável: Rogério Poli Swensson (aluno de Mestrado/Unicamp e Otorrinolaringologista)

Este TCLE faz parte de uma pesquisa que visa identificar os problemas que norteiam as demandas e o conhecimento em otorrinolaringologia na atenção primária à saúde de Votorantim. Haverá uma proposta futura de capacitação em otorrinolaringologia para os médicos clínicos e pediatras.

Questionários serão entregues aos clínicos e pediatras das unidades básicas de saúde (UBS) assim como unidades de pronto atendimento (UPA). Os Otorrinolaringologistas que atendem pacientes do SUS também preencherão questionários. O preenchimento dos mesmos não é obrigatório assim como a identificação individual não será necessária. Não há riscos previsíveis no estudo, exceto o tempo de 10 minutos para preencher o questionário.

As respostas dos questionários são diretas e objetivas e os mesmos devem ser entregues aos coordenadores da UBS ou UPA.

Se surgirem dúvidas referentes ao questionário, você poderá me contatar através de e-mail (rogerioswensson@gmail.com) ou telefone 15-32327838. Endereço para correspondência: Av. Barão de Tatuí, 709 18030-000 Sorocaba SP.

Não haverá reembolso na pesquisa uma vez que você não terá gastos.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Rogério Poli Swensson CRM 113.536

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custos/reembolsos dos participantes, confidencialidade da pesquisa e concordância em participação. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse termo de consentimento.

Sorocaba, de de 2012.

Nome:

Assinatura:

7.5. Anexo 5 - Questionário para pediatra ou clínico

Questionário para pediatra ou clínico da rede pública

Perfil do médico

1) Data de Nascimento: ___/___/____ 2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Universidade de Graduação: _____ 4) Ano de Graduação: _____

5) Residência Médica ou Estágio: () Cursando () Não () Sim Onde? _____

Quantos anos de duração? _____

6) Título especialista? () Sim () Não

Especialidade e/ou Subespecialidade : _____

7) Trabalha como médico de família: () não () sim

8) No seu curso de graduação você foi preparado para dar atendimento a casos básicos de Otorrinolaringologia (ORL)?
() sim () não () parcialmente

9) Em relação ao seu local de trabalho, qual a porcentagem de trabalho (tempo gasto) em cada um desses setores?

a) UBS ___%

b) Consultório particular _____%

c) Ambulatório de convênio _____%

d) Ambulatório SUS _____%

e) Pronto Socorro e Pronto Atendimento (SUS e convênio) ____%

10) Nos últimos dois anos, quantos cursos e congressos participou? ____ eventos área _____

11) Quanto você utiliza dos seguintes meios para atualização em relação aos assuntos médicos? (Pontue de 1 a 5 conforme o grau de utilização, sendo 1 para nenhuma utilização e 5 para utilização rotineira)

a) Livros _____

b) Publicação de revistas e periódicos _____

c) Sociedade Brasileira de Pediatria ou outras entidades médicas _____

d) Representantes de laboratório _____

e) Internet _____

Parte 2 – perfil do atendimento e qualificação em otorrinolaringologia

12) Qual o tempo médio que necessita para atendimento de paciente com queixas otorrinolaringológicas?

- Unidade Básica Saúde _____ minutos (caso trabalhe em UBS)
- Pronto Socorro (SUS) e Pronto Atendimento (SUS) _____ minutos (caso trabalhe em PS e PA)

13) Você acha que está atendendo estes casos com tempo:

() Insuficiente () Suficiente

14) 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
- () outros. Qual? _____

15) Qual a porcentagem de pacientes com queixa otorrinolaringológica que você (sendo o total 100%)

Não examina e encaminha direto ao especialista _____%

Examina e encaminha direto ao especialista _____%

Examina e encaminha por falha do tratamento realizado _____%

Não encaminha ao ORL _____%

Inicia tratamento específico e encaminha ao ORL para seguimento _____%

16) Em relação ao atendimento de pacientes com as referidas queixas abaixo, e considerando oroscopia nº1, rinoscopia nº 2 e otoscopia nº3, marque nas seguintes situações o que você faz:

- Queixa de Otolgia: Número(s) _____
- Queixa de Hipoacusia: Número(s) _____
- Quadro clínico de Respirador bucal: Número(s) _____
- Queixas de Espirros / Prurido Nasal: Número(s) _____
- Quadro clínico de Amigdalites de Repetição: Número(s) _____

17) Faz alguns dos procedimentos:

- Remoção de cerume () sim () não () às vezes
- Drenagem de abscesso periamigdaliano () sim () não () às vezes
- Remoção de corpo estranho nariz / ouvido ou garganta () sim () não () às vezes
- Paracentese em ouvido () sim () não () às vezes
- Outro: Qual? _____

18) Numere de 11 (para a mais freqüente) a 1 (para a menos freqüente), as situações clínicas otorrinolaringológicas atendidas :

- Amigdalite
- Faringite
- Obstrução nasal, roncos e respiração bucal
- Tonturas
- Cerume
- Otite (externa e média)
- Rinite
- Sinusite
- Gripe e Resfriado
- Hipoacusia
- Epistaxe

19) Das situações otorrinolaringológicas da questão 18, quais as 5 mais encaminhadas ao especialista em ordem decrescente

- Primeira - _____
- Segunda - _____
- Terceira - _____
- Quarta - _____
- Quinta - _____

20) Enumere as categorias de antibiótico considerando da mais para a menos prescrita (**de 1 a 6, sendo 1 a mais prescrita e 6 a menos prescrita**) em situações otorrinolaringológicas

- Cefalosporinas (Cefalexina, Cefaclor, Cefadroxil, Ceftriaxona, Cefuroxima)
- Sulfametoxazol / Trimetopima
- Quinolonas (Levofloxacino, Ciprofloxacino, Norfloxacino)
- Macrolídeos (Azitromicina, Eritromicina, Claritromicina)
- Penicilina e derivados (Ampicilina, Amoxicilina, Benzetil)
- Inibidor de betalactamase (Clavulanato, Sulbactam)

21) Em que doenças da otorrinolaringologia você tem mais **facilidade** de atuação?

22) Em que doenças da otorrinolaringologia você tem mais **dificuldade** de atuação?

23) Qual a interferência dos seguintes fatores para o encaminhamento ao especialista? (Pontue de 1 a 5 conforme o grau de interferência, **sendo 1 para nenhuma interferência e sucessivamente até 5 para grande interferência**) os itens abaixo.

- a) Insucesso aos tratamentos: _____
- b) Necessidade do especialista: _____
- c) Insegurança técnica: _____
- d) Desconhecimento da doença: _____
- e) Pressão do paciente / família: _____
- f) Evitar possíveis reavaliações: _____
- g) Outros. Quais? _____

Nas questões abaixo podem ser assinaladas mais de uma opção

24) Quais as principais dificuldades encontradas no atendimento destes casos :

() Falta de otoscópio / lanterna

() Excesso de pacientes a serem atendidos

() Dúvida em relação à patologia

() Carência de opção de antibióticos

() Outro. Qual? _____

25) Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento à especialidade?

() Limitação do número de encaminhamentos

() Profissionais especialistas de referência com agendas lotadas

() Falta de aderência dos pacientes aos tratamentos

() Outros: _____

26) Em sua opinião quais itens seriam úteis para melhorar atendimento aos pacientes:

() Aumentar número de médicos da rede básica

() Facilitar o encaminhamento aos ORL

() Aquisição de materiais como otoscópio e lanternas

() Ter mais diversidade em antibióticos disponíveis

() Presença de um suporte de especialista

() Aumento de salário

() Outro. Qual? _____

27) Em sua opinião quais fatores podem favorecer a resolução de casos em otorrino na rede primária:

() Cursos de capacitação;

() Maior disponibilidade de medicamentos;

() Suporte tecnológico mais adequado;


() Presença de especialista que dê apoio presencial eventual ou por meio eletrônico para esclarecimentos de casos mais complexos;

() Nenhum dos fatores acima devido a real necessidade de encaminhamento ao especialista.

7.6. Anexo 6- Carta-resposta da Brazilian Journal of Otorhinolaryngology (BJORL) – Artigo 2

De: SGP
Para: Rogério Poli Swensson
CC:
Data: 27/4/2013 10:36:54
Artigo: Cod. fluxo: 10641

Assunto: **Artigo Submetido SGP/ BJORL**



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial
Avenida Indianópolis, 1287 - Planalto Paulista
CEP 04063-002 - São Paulo/SP - Brasil
Tel.: +55 (11) 5053-7500 - Email: revista@aborlccf.org.br

São Paulo, sábado, 27 de abril de 2013

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Rogério Poli Swensson

Referente ao código de fluxo: **10641**
Classificação: **Artigo Original**

Mensagem:


Informamos que recebemos o manuscrito **Casos otorrinolaringológicos na atenção primária em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo e a formação médica** será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na(o) Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número de referência apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho a(o) Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Wilma Anselmo-Lima
Editora

7.7. Anexo 7- Artigo Devolvido para Correções – Artigo 2

 rborl@rborl.org.br
para mim

23 de jun ☆  



Ilmo(a) Sr(a)
Atenciosamente,

Profa. Wilma

As correções deverão ser respondidas item por item e destacadas no texto, uma cor para cada revisor.

Pedimos que as mudanças sejam feitas no menor tempo possível e encaminhadas para nós a fim de que o trabalho possa ser novamente apreciado pelos revisores para possível publicação nas próximas edições do Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.

1ª Avaliação | 1ª Revisão

Avaliação do Trabalho Científico

Qual o desenho ?

Estudo de coorte histórica com corte transversal

Avaliação do trabalho nos seguintes aspectos:

Título < br>Adequado

Resumo

Encontra-se estruturado.

Introdução

Bem estruturada e escrita.

Objetivo

Está delimitado e claro: (1)Avaliar como tem ocorrido o atendimento do casos de otorrinolaringologia-na APS e sua (2) relação com a formação médica. (entre profissionais que atuam na APS)

Amostra

Adequada à proposta.

Método

O método descrito no texto não permite a reprodução do trabalho: 1) Como foi feito a seleção das doenças ORL na Atenção Primária? Não está claro no método, como os autores chegaram nos dados do grafico 3 : Média de posição no ranqueamento, em ordem crescente, segundo frequência de atendimento em 11 situações de otorrinolaringologia (ORL) referidas pelos médicos. Foram os médicos, através de questionário que espontaneamente referiam a 11 situações? ou houve no questionário aplicado algum "direcionamento" a essas 11 doenças já pré-selecionadas? 2)Na primeira parte do objetivo: 1)Avaliar como tem ocorrido o atendimento do casos de otorrinolaringologia-na APS. Como foram divididas as queixas de atenção primária, secundária e terciária em ORL? 3) No parágrafo 13 : "...Foram analisadas informações sobre percepção de conhecimento e habilidade para realização de otoscopia, rinoscopia e oroscopia e realização de procedimentos em ORL, incluindo remoção de cerume, remoção de corpo estranho, drenagem de abscesso periamigdaliano e paracentese de ouvido, além dos dados demográficos sobre os profissionais e sua percepção sobre a formação na graduação e sua adequação para resolver os casos de ORL." Como foi feita essa análise sobre percepção de conhecimento e habilidade para realizar o exame ? 4) Como foi medido o grau de resolutividade do medico da APS. Encaminhava apenas os casos secundários e terciários? Para os casos primários, todos foram resolvidos na APS?

Resultados

Enviar como anexo os protocolos e questionários utilizados.

Discussão

Itens a serem discutidos: 1) Dentro ainda do objetivo: "Avaliar como tem ocorrido o atendimento do casos de otorrinolaringologia-na APS" se o médico da APS tem conhecimento a respeito sobre o que é primário, secundário e terciário em ORL. 2) Em relação a formação médica, em geral, a disciplina de Otorrinolaringologia, é ministrada em regime "Hospital-terciário". Nesse sentido, existe uma incompatibilidade na formação médica. Pois, ensina-se ORL no Hospital (doenças secundárias e terciárias), enquanto a realidade da ser enfrentada pelos egressos irá ocorrer na APS.(doenças primárias).

Conclusões

Deve responder aos objetivos: (1)Avaliar como tem ocorrido o atendimento do casos de otorrinolaringologia-na APS e sua (2) relação com a formação médica

Referências

Dentro da norma

Impacto e importância gerais

Trabalho de grande impacto para planejamento das ações de educação continuada para a APS. Deve ser publicado após ajustes.

Avaliação Final do Revisor

Sugiro Modificações

Avaliação

Conclusão:

Trabalho de grande importância e impacto tanto para a gestores como para formação médica. Avalia-se e discute-se na primeira parte do trabalho " como tem ocorrido o atendimento a queixas relacionadas a ouvido, nariz e garganta na APS". Essa proposta do objetivo, é de extrema importância. Justamente para contribuir, junto aos formadores e gestores, sobre o que deve ser ensinado e planejado para a assistência.

Esse estudo pode ser referência, e orientar à formulação de diretrizes específicas para a APS.

7.8. Anexo 8 – Resposta a ser enviada para BJORL

Para Editora da BJORL

Profa Dra Wilma Anselmo Lima

Em relação ao artigo “Casos otorrinolaringológicos na atenção primária em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo e a formação médica”

Código fluxo: 10641

Agradecemos as sugestões do revisor que nos permitiram aprimorar o trabalho. Em relação às dúvidas específicas:

Método

- 1) Descrição insuficiente do método
Foi elaborado um parágrafo que apresenta as perguntas constantes no questionário. Também estamos anexando ao trabalho o questionário para esclarecimentos.
- 2) Como foi feita a seleção de doenças
Foi apresentada uma lista de situações clínicas e solicitado classificação por ordem de frequência conforme questionário anexo.
- 3) A média de posição do ranqueamento – gráfico 2
Foi calculada segundo a opinião dos entrevistados que ordenavam das situações de otorrinolaringologia do mais para menos atendida.
- 4) O questionário direciona especificamente quais são as 11 doenças :
Amigdalite, Faringite, Obstrução nasal / roncos / respiração bucal, Tonturas, Cerume, Otite (externa e média), Rinite, Sinusite, Gripe e Resfriado, Hipoacusia e Epistaxe
- 5) Não foram divididas as queixas em relação aos diferentes níveis de atenção. Os entrevistados, todos atendendo na APS, foram questionados sobre suas percepções sobre atendimento e necessidade de encaminhamento sem oferecer esse tipo de classificação.

- 6) Em relação ao parágrafo 13 foi redigido de uma nova maneira para melhor esclarecer o leitor. Esperamos que essa nova redação possa esclarecer as dúvidas apontadas pelo revisor. Em anexo, questionário respondido pelos sujeitos da pesquisa.

- 7) Sobre a resolubilidade do médico da APS, observou-se que procedimentos de nível secundário e terciário (paracentese de ouvido e drenagem de abscesso periamigdaliano) realmente não são feitos na APS, houve relato de drenagem de abscesso periamigdaliano porém respondida por um cirurgião de cabeça e pescoço que atua na APS. Procedimentos mais básicos como remoção de cerume, foi observado que não são realizados por 70,6% dos respondentes.

Discussão

- 1) Foi agregado um parágrafo à discussão que esperamos esclarecer quais são as situações atendidas que seriam de nível primário, secundário e terciário.

- 2) Inserido na discussão um parágrafo que discute esse aspecto dos cenários de formação x cenários de prática, salientando as possíveis mudanças ocorridas após 2001 (DCN), que não afetam este grupo de médicos entrevistados, em sua maioria formados anteriormente à publicação das DCN que induziram um aumento de experiência na APS.