

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE**

Flávia Carrascosa da Silva

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE A
ENCAMINHAMENTOS AO NEUROLOGISTA COM SUSPEITA DE CEFALÉIA
PRIMÁRIA**

**São Paulo - SP
2020**

FLÁVIA CARRASCOSA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE A
ENCAMINHAMENTOS AO NEUROLOGISTA COM SUSPEITA DE CEFALEIA
PRIMÁRIA**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Área de concentração: Inovação no Ensino Superior em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Gustavo José Martiniano Porfírio

São Paulo - SP

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Flávia Carrascosa da

Percepção de médicos da atenção básica referente a encaminhamentos ao neurologista com suspeita de cefaleia primária/ Flávia Carrascosa da Silva – São Paulo - USCS, 2020. 62f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo José Martiniano Porfírio

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Mestrado Profissional em Educação, 2020.

Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Encaminhamentos e consultas; Cefaleia primária; Protocolo clínico.

FLÁVIA CARRASCOSA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE A
ENCAMINHAMENTOS AO NEUROLOGISTA COM SUSPEITA DE CEFALÉIA
PRIMÁRIA**

Trabalho Final do Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde. Orientador Prof. Dr. Gustavo José Martiniano Porfírio

Aprovado em ___/___/_____ pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Gustavo José Martiniano Porfírio(orientador)

Prof.(Universidade Municipal de São Caetano do SulUSCS):

Prof.

Dedico este trabalho a minha filha e meu marido, por me apoiar em todas as minhas escolhas e por estarem sempre juntos na minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me levantar todos os dias e me dar sabedoria frente aos desafios diários.

Ao meu orientador Prof. Dr. Gustavo Porfírio pela paciência e orientação por todo este tempo.

AoDr. Paulo Capucci pela oportunidade concedida para o conhecimento e crescimento profissional.

A minha família pela paciência, compreensão e dedicação.

Agradecimento especial para a colega Carolina Cardoso que ajudou na coleta de dados e a todos os colegas que organizaram um espaço nas agendas para esta pesquisa.

RESUMO

Contexto: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde do Brasil, tem como estrutura primordial o acesso e a qualidade, possui o desafio de ser resolutiva, articuladora e coordenadora do cuidado. A coordenação do cuidado anseia dar uma resposta integral às necessidades do usuário, por meio de uma rede sincronizada entre os serviços para efetivação da comunicação. O sistema de encaminhamento prediz um cuidado entre o médico da atenção básica e o especialista, abarcando as informações para o cuidado integral ao usuário. Atualmente os encaminhamentos utilizados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) encontram-se inadequados e a cefaleia apresenta-se como uma das principais demandas da atenção básica para atenção especializada. Os médicos da atenção primária devem adotar condutas efetivas, eficazes e acessíveis para atingir a integralidade e longitudinalidade do cuidado. **Objetivo:** Compreender como os médicos da atenção básica de saúde estão encaminhando os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita clínica de cefaleia primária. **Métodos:** Trata-se de um estudo de pesquisa exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa, por dados advindos de um questionário semiestruturado. A pesquisa foi realizada no Distrito de Saúde de Capela do Socorro localizada ao Sul do Município de São Paulo. A pesquisa aconteceu em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF), obteve-se a aceitação voluntária de 45 médicos. O tempo médio de atuação dos pesquisados na UBSsão oito meses. A duração da consulta na ESF e a “pressão” exercida pelo paciente para ser encaminhado ao especialista foram os grandes achados como dificultador para um “bom encaminhamento”. O estudo também procurou verificar se as UBS possuem protocolo clínico de cefaleia, 54% relataram não saber e/ou não possuir este protocolo. No que se refere a troca de conhecimento o estudo demonstrou que 80% dos encontros de matriciamentos e de educação permanente não foram com o especialista. As principais sugestões para um encaminhamento adequado foram: matriciamentos com o especialista a implementação de protocolo clínico e educação permanente. **Conclusão:** Apostar em momentos de integração e comunicação entre as equipes da APS e AE é fundamental, por meio do apoio matricial, instrumentalizar e capacitar os médicos através da ampliação do conhecimento por meio de uma análise crítica, remete as ações mais efetivas no território.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Encaminhamentos e consultas; Cefaleia primária; Protocolo clínico.

ABSTRACT

Context: The Primary Health Care (APS) is the preferential entry port to the health system of Brazil, it has as a structure the access and a quality, it poses the challenge to be resolute, articulator and care coordinator. A care coordination longs to give an integral answer to the necessities of the user, through the synchronized network among the services for effective communication. The forwarding system predicts a carefulness between the doctor of Brazil attention and the specialist, encompassing the information for the integral care to the user. Actually the referrals used by the doctors of strategic family health found inadequate and the headache presented as one of the main demand of the basic attention to the specialized attention. The doctors of the primary attention must adopt effective conducts, effective and accessible to reach a complete and longitudinal care. **Objective:** To understand how primary care physicians are referring patients to a neurologist based on a suspected primary headache. **Methods:** This is an exploratory research study with a quantitative and qualitative approach, based on data from a semi-structured questionnaire. The research was carried out in the Health District of Capela do Socorro located in the south of the city of São Paulo. The research took place in eight Basic Health Units (UBS) under the logic of the Family Health Strategy (ESF), with the voluntary acceptance of 45 doctors. The average time of work of respondents at UBS is eight months. The duration of the consultation at the ESF and the “pressure” exerted by the patient to be referred to the specialist were the major findings as a hindrance to a good referral. The study also sought to verify whether the UBS have a clinical headache protocol, 54% reported not knowing and / or not having this protocol. Regarding the exchange of knowledge, the study showed that 80% of the matriculation and permanent education meetings were not with the specialist. The main suggestions for an adequate referral were: matriculation with the specialist, the implementation of a clinical protocol and permanent education. **Conclusion:** Betting on moments of integration and communication between the teams of APS and AE is essential, through matrix support, instrumentalize and train doctors through the expansion of knowledge through a critical analysis, refers to the most effective actions in the territory.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Referrals and consultations; Primary headache; Clinical protocol.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dificuldades enfrentadas pelos médicos para realizar um encaminhamento adequado para neurologista com suspeita de cefaleia primária.....24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo número de Equipes de Saúde da Família (ESF).	20
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de ação para apoio matricial da Estratégia Saúde da Família junto ao neurologista na Rede Atenção à Saúde (RAS) de Capela do Socorro.41

LISTA DE ABREVIACOES

AB – Ateno Básica

AE – Ateno Especializada

ASF – Associao Sade da Família

APS – Ateno Primária  Sade

CID – Classificao Internacional de Doenas

ESF - Estratégia Sade da Família

NASF – Ncleo de Apoio  Sade da Família

OMS – Organizao Mundial da Sade

RAS – Rede de Ateno  Sade

SUS - Sistema nico de Sade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Sade

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXTO.....	14
1.2 HIPÓTESE.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.3.1 Objetivo geral	18
1.3.2 Objetivo específico.....	18
2. METODOLOGIA	18
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
2.2 UNIVERSO DE ESTUDO	19
2.3 COLETA DE DADOS.....	20
2.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
2.5 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	21
3. RESULTADOS.....	22
3.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	23
3.2 AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA CLÍNICA.....	24
3.3 VARIÁVEIS DE CORRELAÇÃO.....	27
3.4 AVALIAÇÃO CASO HIPOTÉTICO	28
4. DISCUSSÃO	29
4.1 GESTÃO DA CLÍNICA.....	31
4.2 DIFICULDADE ENFRENTADA PARA UM “BOM ENCAMINHAMENTO”	36
4.3 CASO HIPOTÉTICO	39
4.4 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA	40
4.5 IMPLICAÇÕES PARA PESQUISA	41
4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	41
5. PRODUTO ESPERADO	41
6. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	49
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
ANEXO III – QUESTIONÁRIO COLETA DE DADOS	57

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO

O modelo de atenção à saúde utilizado no Brasil, vem sendo constantemente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com ampliação e inclusão de serviços de saúde (FORSTER; FERREIRA; VICENTINE, 2017).

Para o fortalecimento deste modelo no final de 2010 o Ministério da Saúde implementou as diretrizes para organização da Rede Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo que são estruturas organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes tecnologias, que incorporadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

Com a efetivação da RAS a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a articular e fortalecer o princípio de acesso e qualidade, ampliando os princípios da RAS: fortificando as relações mais horizontalizadas entre os serviços de saúde, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e como canais permanentes de comunicação, fortalecendo e potencializando, passando a ter um papel compartilhado do cuidado com outros pontos, especialmente para usuário com doenças crônicas e necessidades de cuidado contínuo (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o desafio de ser a organizadora e articuladora das redes, constituindo um serviço de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, relevante às necessidades de saúde e ativamente integrados que criam vínculos longitudinais e se responsabilizam por seus cuidados individuais e coletivos no território (BRASIL, 2015).

Há evidências que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 91% dos problemas que se apresentam, tornando-a um nível de atenção efetivo capaz de ser resolutiva a um custo baixo (BRASIL, 2015).

A efetivação da APS veio a partir da adoção da Estratégia da Saúde da Família (ESF), assumida pelo Ministério da Saúde, em 1996, como modelo de Atenção Básica no SUS (DIAS; GIOVANELLA, 2012).

A ESF revelou-se uma inovação instituindo a família como núcleo central do cuidado, promovendo um trabalho sob a perspectiva da vigilância à saúde e a responsabilidade integral e contínua aos indivíduos e a comunidade (SOUZA, 2018). É operacionalizada por equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo responsáveis por acompanhar um número definido de famílias, localizadas em um território delimitado sendo a coordenadora do cuidado desta população (SISSON, 2011).

A APS enfrenta dificuldades para construir a porta preferencial do sistema de saúde e se tornar resolutiva, abrangente e coordenadora do cuidado, devido a fragmentação nas redes de serviços de saúde (DIAS; GIOVANELLA, 2012).

Para Ducan et al. (2013), a estrutura da coordenação do cuidado é a razão necessária para alcançar uma resposta integral capaz de responder ao conjunto de necessidades de saúde dos usuários. Ela é articuladora entre diversos serviços, ações e profissionais na atenção à saúde, de forma que independentemente do local onde seja prestada, esteja sincronizada, voltada ao alcance de um objetivo comum e sem conflitos.

Desta forma ela pode ser avaliada a partir da disponibilidade de informações a respeito dos problemas identificados e das ações praticadas, envolvendo espaços de comunicação entre os diversos pontos constituintes da RAS. A coordenação é necessária tanto entre ações prestadas em distintos níveis e serviços como entre ações de diferentes profissionais do mesmo nível ou equipe (DUCAN et al., 2013).

Assim, se não existir coordenação do cuidado, a longitudinalidade perde sua potencialidade, a integralidade não é factível e o contato preexistente torna-se uma função puramente administrativa e isolada (MIRAGLIA, 2014).

Para Pinto et al. (2017) a coordenação do cuidado inclui dentre inúmeras particularidades, os encaminhamentos para o cuidado especializado. Tesser & Poli Neto (2017) afirmam que o cuidado especializado é necessário para dar continuidade e efetividade a APS, complementando e alcançando a necessidade de saúde do usuário.

O sistema de encaminhamento, chamado em nosso meio de “referência e contrarreferência”, prediz um cuidado compartilhado entre o médico da ESF e o especialista, de maneira a integrar as informações do cuidado entre os diversos níveis de sistema de saúde (FINKELSZTEJN, 2009).

Santos(2018) relata que o médico da assistência primária preenche o encaminhamento com os dados do caso, e o médico da referência especializada informa o diagnóstico e sugere a conduta a ser realizada no nível primário. Caso exista uma complexidade no caso, o paciente passa a ser atendido conjuntamente em ambos os serviços.

Para um adequado funcionamento do sistema de encaminhamentos, é necessário possuir: uma regulação; processo de gestão da clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistema de informação e comunicação e apoio logístico (MIRAGLIA; OLIVEIRA, 2014).

Atualmente existe um percentual elevado de encaminhamentos inadequados realizados pelos médicos da ESF para atenção especializada, desta forma é necessário avaliar a eficiência dos modelos de encaminhamento operantes no país, no intuito de facilitar a oferta e demanda ao especialista (MIRAGLIA; OLIVEIRA, 2014).

Os encaminhamentos para cefaleia é uma das razões principais de demanda da APS para a atenção especializada (SPECIALI, 2018). Ela configura-se na perda de produtividade no trabalho, um alto impacto socioeconômico e na diminuição da qualidade de vida (BRASIL, 2016). A prevalência de cefaleia primária para homens ao longo da vida é de 94% e para mulheres 99%, faixa etária mais comprometida é adulto jovem, cerca de 70% das pessoas apresentaram o sintoma no último ano (SPECIALI, 2018).

No Brasil, dados epidemiológicos evidenciam relevantes problemas que ajudam a evidenciar o perfil dos brasileiros que sofrem de cefaleia e que buscam as UBS em virtude dele (BRASIL, 2013).

A cefaleia pode ser definida como um sintoma subjetivo, como uma “sensação de desconforto, dolorosa ou não, localizada na extremidade cefálica (DE CARVALHO GEITOEIRA, 2018). Para Braschinsky et al. (2016), os diagnósticos de cefaleia primária geralmente são ultrapassados, falhos e não específicos, e os tratamentos são inadequados, causando um prejuízo ao paciente e ao sistema de saúde.

A cefaleia classifica-se em primária e secundária, dependendo da etiologia. A cefaleia primária caracteriza-se por dores que provocam sensação de cabeça pesada/pressionada, de intensidade fraca ou moderada, sem dificuldades na realização de atividades diárias (SOUZA, 2019).

Para Ducan et al. (2013) o manejo adequado do diagnóstico de cefaleia primária na APS permite a resolução de mais da metade da demanda médica ao neurologista. Os médicos devem adotar condutas adequadas, eficientes, eficazes e acessíveis, sem a tendenciosidade para os extremos, como a banalização da queixa e ao uso inadvertido de tecnologias mais pesadas pouco resolutivas e onerosas para o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Para ajudar neste processo a portaria número 4.279, de 30/12/2010, do Ministério da Saúde define que os protocolos, devem orientar as linhas de cuidado, viabilizar a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos (Brasil, 2015).

Os protocolos têm como objetivo identificar a especialidade/procedimento especializado, identificar história clínica, caracterizar a doença baseada na classificação, realizar diagnósticos de demanda de filas das especialidades clínicas previamente escolhidas e realizar a categorização baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID); Selecionar os motivos de encaminhamento mais frequentes para cada especialidade/procedimento; avaliar a descrição subjetiva descrita nos encaminhamentos; identificar quais são as contribuições; atentar para a necessidade de esgotar todos os recursos disponíveis na APS; definir quais os motivos que caracterizam maior risco/necessidade, prioridade no acesso especializado; revisar evidências e protocolos científicos sobre o manejo clínico mais indicado na APS (MARQUES, 2019).

Desta forma visando estimular e instrumentalizar a RAS Capela do Socorro foi implementado o Protocolo Regulação Ambulatorial –RegulaSUSResumo Clínico de Cefaleia - Ministério da Saúde, Brasil (2016), que possui como ação diminuir e qualificar a fila de espera para as consultas e ser disparador para adequação e melhoria da longitudinalidade do cuidado ao usuário. Desde o segundo semestre de 2018 os gerentes das UBS deste território de saúde vêm discutindo junto as equipes da ESF a respeito da gestão dos encaminhamentos da APS para a AE, garantindo o acesso à AE dentro uma rede coordenada pela APS, visando contribuir para um planejamento assistencial que assegure o cuidado integral e de forma continuada. Desta forma a investigação busca responder à seguinte questão: Como os médicos da Atenção Primária à Saúde encaminham os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita de cefaleia primária?

1.2.HIPÓTESE

Diante das informações preliminares de produção de encaminhamentos para o neurologista com diagnóstico de cefaléia primária, anotadas no painel de monitoramento em uso na Rede Atenção à Saúde (RAS) Capela do Socorro no distrito administrativo do Grajaú, território da Belmira Marin, observa-se que cerca de 30% dos encaminhamentos eram inadequados, segundo critérios técnicos (sinais e sintomas, tipo de cefaléia, tratamento realizados, exames solicitados) acessível no painel de monitoramento disponível em 27/02/2019. A partir disto pode-se inferir que este problema de fato existe e interfere na qualidade assistencial para a população usuária desta RAS que apresenta esta queixa.

1.3.OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Identificar como os médicos da Atenção Primária à Saúde estão encaminhando os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita clínica de cefaleia primária.

1.3.2Objetivo específico

- Identificar as principais causas das inadequações nos encaminhamentos para neurologista com diagnóstico de cefaleia primária.
- Avaliar a utilização do Protocolo Regulação Ambulatorial RegulaSUS -Resumo Clínico de Cefaleia, Ministério da Saúde, Brasil (2016), para encaminhamento de casos clínicos de cefaleia primária.
- Relacionar diferentes fatores relatados pelos profissionais com a inadequação dos encaminhamentos.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa, por dados advindos de um questionário semiestruturado.

2.2 UNIVERSO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na região de Saúde de Capela do Socorro, distrito administrativo do Grajaú, localizada ao Sul do Município de São Paulo.

A Região de Capela do Socorro possui uma área territorial de 134 km e conta com uma população de 625.639 habitantes, que corresponde a 8,8% do território do Município de São Paulo. Apresenta somente 61,3% do seu território coberto por equipes de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2019).

Atualmente a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território de Capela do Socorro é administrada pela Organização Social Associação Saúde da Família (ASF). Este território está dividido em duas regiões de saúde: Belmira Marin e Paulo Guilguer. A região fonte do registro foi a Belmira Marin que possui cinquenta e dois médicos, que atuam em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF). A escolha da região se deu a partir do elevado número de encaminhamentos, assim como o maior número de médicos.

A seguir (tabela 1), na qual os dados por serviço são detalhados.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo número de Equipes de Saúde da Família (ESF).

Unidade Básica de Saúde	Nº equipes ESF
UBS Três Corações	10
UBS Gaivotas	5
UBS Jardim Eliane	8
UBS Cantinho do Céu	5
UBS Parque Residencial Cocaia	9
UBS Sangrila-Ellus	5
UBS Anchieta	8
UBS Alcina Pimentel Piza	2
TOTAL	52

Fonte: Elaborada pela autora.

2.3 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi uma adaptação do questionário semiestruturado validado por Dias e Giovanella (2012)(ANEXO III), para ser utilizado junto aos médicos das equipes de saúde da família que trabalham nas UBS da região da Belmira Marin. O questionário foi autenticado por um profissional neurologista da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que constou de informações acerca: sexo; faixa etária; tipo e tempo de formação; tempo de atuação no serviço; tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF); capacitação e aprimoramento profissional; definição de prioridade para encaminhamento; utilização de protocolos clínicos; local e realização do debate sobre o protocolo; avaliação e qualificação da fila de espera de encaminhamentos; dificuldades na avaliação e qualificação; utilização do descritivo mínimo para indicação do encaminhamento; capacitações e matriciamento; avaliação frente às capacitações e matriciamento; dificuldades diante de um encaminhamento adequado (desejo de ir ao especialista, “pressão” do paciente para ser encaminhado ao especialista, tempo de consulta, dificuldade e ou desconhecimento no manejo clínico, procedimentos burocráticos, ausência de protocolo, ausência de apoio gerencial, ausência de matriciamento com especialista; dificuldade na aceitação do paciente ao tratamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS), dificuldade na comunicação entre médico e paciente, ausência de compreensão da benignidade do caso por parte do paciente); sugestões apontadas pelos profissionais, apresentação de um caso hipotético para avaliação do encaminhamento.

A intenção foi apresentar e integrar situações inerentes à prática cotidianas que circunda os encaminhamentos para neurologia com diagnóstico de cefaleia primária.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os princípios éticos da pesquisa foram respeitados durante todo o processo de produção, tendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USCS por meio de parecer substanciado sob CAAE 14371119.6.0000.5510 de número 3.393.366 (ANEXO I). A pesquisa se deu conforme os padrões estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional da Saúde número 510 de 2016. Após a aprovação pelo CEP da USCS.

A entrevista foi realizada no local de trabalho dos médicos em horário pré-definido com o gestor local e o sujeito da pesquisa. Foi utilizado o espaço de reunião técnica reservado nas agendas dos profissionais.

A pesquisa foi conduzida por um membro da equipe de escolha da pesquisadora que apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II). Todos os médicos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, sendo enfatizado que a participação das pessoas seria livre e espontânea, não acarretando nenhum tipo de prejuízo ou despesas caso eles aceitassem participar, assim como não haveria remuneração caso participasse. Os participantes foram assegurados quanto a sua privacidade e ao sigilo dos relatos fornecidos.

2.5 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os questionários foram analisados considerando a apresentação dos dados quantitativos e qualitativos, dispondo de questões fechadas, abertas e um caso clínico hipotético. As informações contidas no questionário foram digitadas e processadas.

Os dados quantitativos foram agrupados, analisados em forma de gráficos para melhor visualização. Os dados qualitativos foram obtidos por questões abertas discriminadas no instrumento de coleta de dados. Primeiramente foram realizadas leituras sucessivas nas respostas obtidas, por meio dos questionamentos efetuados aos participantes do estudo, posteriormente, processou-se o agrupamento dos resultados obtidos e em seguida evoluiu-se para as conclusões, frente as respostas em

estudo, dos estudos realizados e descrito na literatura científica, alcançando assim, as interpretações e descrições dos resultados obtidos.

3. RESULTADOS

As próximas sessões apresentam os resultados obtidos neste estudo, bem como a discussão sobre os mesmos.

3.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Após vista em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Corredor Belmira Marin, durante o mês de setembro de 2019, obteve-se a aceitação voluntária para participar da pesquisa de 45 participantes, perfazendo o total de 86% dos médicos que trabalham nas Equipes de Saúde da Família deste território. Dos sete médicos restantes (14%) não foram incluídos no estudo por não se encontrarem no local da pesquisa no período de coleta de dados, devido atestado médico, férias, licença maternidade e vagas abertas em processo de contratação, não obtivemos recusas para realizar a pesquisa.

A amostra apresenta-se com distribuição equilibrada entre os sexos (masculino com 56% e feminino com 44%). A média de idade foi de 36 anos \pm 13,86 de desvio padrão.

Referente às informações a respeito da formação dos sujeitos entrevistados, a fim de verificar uma preparação específica para o campo de trabalho, observou-se que o resultado médio de tempo de formação é de 5,77 anos, sendo o maior tempo de formado com 52 anos e o menor menos de um ano. Observou-se de modo geral que os médicos desta localidade são muito recentes em sua formação.

Este estudo também verificou que a média de tempo pelo qual estes sujeitos estão atuando em APS é de 3,81 anos com desvio padrão de \pm 5,49 dedicadas a parte clínica, referente ao tempo de atuação nas UBS pesquisadas a média é de oito meses com desvio padrão de 1,14 anos.

Houve diferença significativa indicando que a maioria não possui pós-graduação 71%(32/45, IC 95% 56,53% a 82,37%). Sendo que 13% (13/45, IC 95% 17,63% a 43,47%) possuem pós-graduação em várias áreas distintas, 7% (8/45, IC 95% 9,03% a 31,60%) possuem formação em Saúde da Família e 7% (3/45, IC 95% 1,63% a 18,52%) fizeram residência médica.

Dos que referiram outras titulações 62% (28/45, IC 95% 47,60% a 74,92%) não possuem outras pós graduação (16/45, IC 95% 23,18% a 50,21%) e o que equivale 36%, cursaram áreas, tais como: saúde pública (2/16), urgência e emergência (2/16), acupuntura (1/16), ginecologia/obstetrícia (1/16), dermatologia (1/16), medicina esportiva (1/16), clínica médica (1/16), psiquiatria (1/16), acupuntura, neurologia (1/16), medicina do trabalho (1/16), otorrinolaringologia pediátrico (1/16), gerontologia (1/16), endocrinologia (1/16), traumatologia (1/16), home Care (1/16), medicina

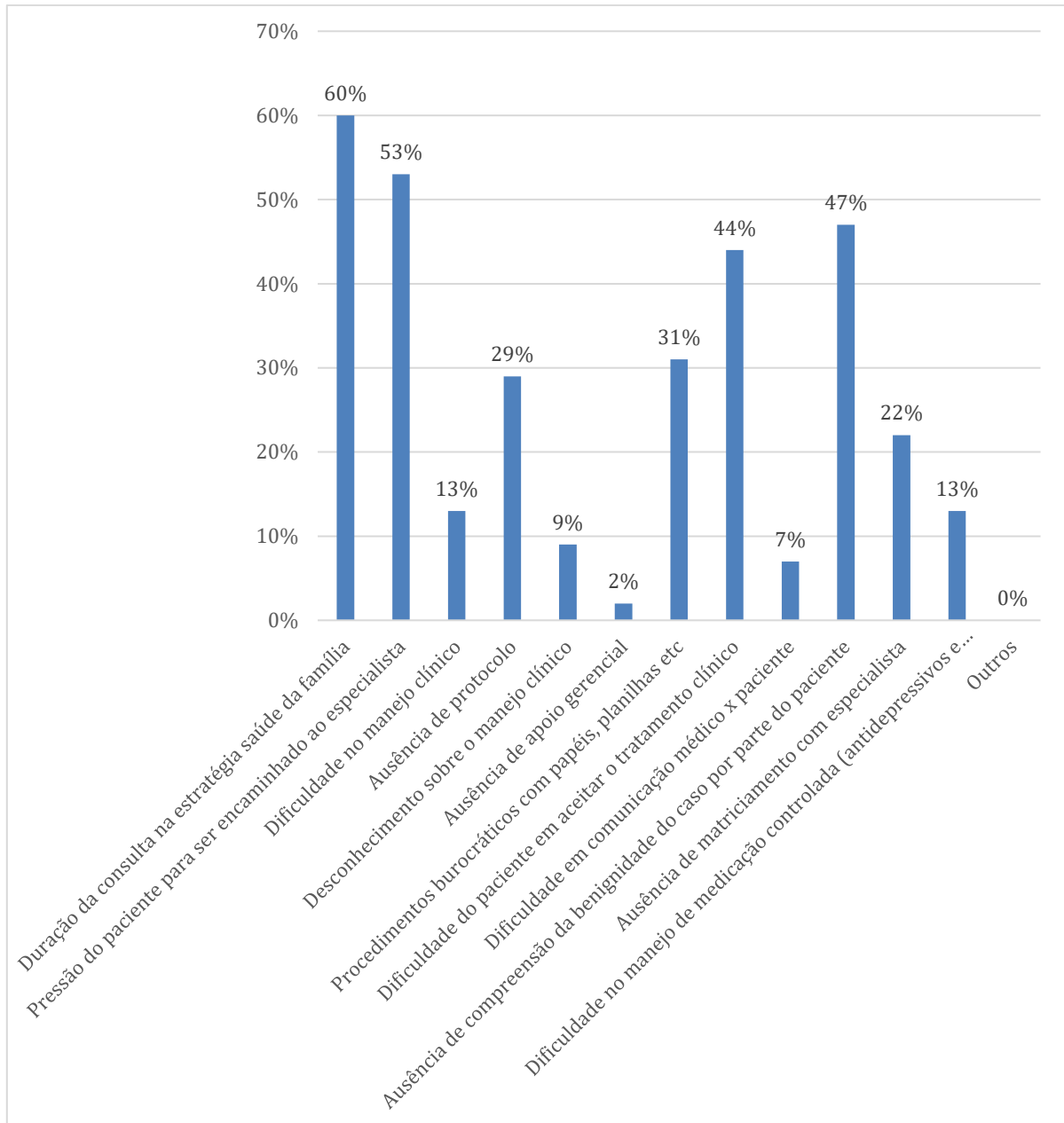
preventiva (1/16) e psicanálise (1/16). Ressalta-se que alguns sujeitos da pesquisa possuem duas ou três pós-graduações em áreas diferentes. Observou-se baixo número de médicos com formação específica na área da APS com foco na ESF.

3.2.AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA CLÍNICA

No que se refere a gestão da clínica ao encaminhar um paciente ao neurologista 58% (26/45, IC 95% 43,29% a 71,04%) dos sujeitos da pesquisa encaminham por prioridade (alta, média e baixa), 18% (8/45, IC 95% 9,03% a 31,60%) não descrevem a prioridade e 22% (10/45, IC 95% 12,36% a 36,45%) às vezes.

O questionário recolheu informações a respeito das dificuldades enfrentadas para realizar um bom encaminhamento (Gráfico1), onde 60% (27/45) dos sujeitos da pesquisa referiram que a duração da consulta na Estratégia Saúde da Família é um dificultador para realizar um bom encaminhamento, 53% (24/45) dos sujeitos da pesquisa relatam que a “pressão” exercida pelo paciente para ser encaminhado ao especialista é um agravador, 47% (21/45) relatam que existe uma falta de compreensão por parte do paciente referente a benignidade do caso, causando assim um desconforto para realizar um bom encaminhamento, 44% (20/45) apresentam dificuldades em aceitar o tratamento clínico, 31% (14/45) relatam que os procedimentos burocráticos com papeis, planilhas e fluxos são dificultadores, 29% (13/45) relatam o que dificulta é a ausência de protocolo clínico, 22% (10/45) referem que a ausência do matriciamento com o especialista é um complicador, 13% (6/45) relatam que a dificuldade é o manejo clínico, 13% (6/45) relatam dificuldade no manejo de medicações controladas (antidepressivos e anticonvulsivantes), 9% (4/45) desconhecimento do manejo clínico, 7% (3/45) dificuldade em comunicação entre médico e paciente e 2% (1/45) relatam que existe ausência do apoio gerencial da UBS. A questão admitiu mais de uma resposta.

Gráfico 1 - Dificuldades enfrentadas pelos médicos para realizar um encaminhamento adequado para neurologista com suspeita de cefaleia primária.



Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo também procurou verificar se as Unidades Básicas de Saúde possuem protocolo clínico de cefaléia primaria, uma vez que foi implementado em 2018, em todo território pesquisado a utilização do Protocolo de Regulação Ambulatorial – RegulaSUSResumo Clínico de Cefaleia, 38% dos pesquisados (17/45, IC 95% 23,18% a 50,21%) não souberam referir se possui este protocolo em sua UBS, 47% (21/45, IC 95% 32,93% a 60,92%) referiu possuir este protocolo de encaminhamento em seu local de trabalho, 16% (7/45, IC 95% 9,03% a 31,60%) relatam que não possui este protocolo em seu local de trabalho.

Dos pesquisados que relatam que possuem protocolo em sua UBS 76% dos entrevistados (16/21, IC 95% 21,30% a 47,99%) sempre utiliza o protocolo como orientador para seus encaminhamentos. Em 42% dos casos (4/21, IC 95% 4,39% a 23,95%) utilizaram poucas vezes e em 4% dos casos (2/21, IC 95% 0,41% a 15,65%) nunca utilizaram o protocolo que se encontra em sua UBS como norteador para os encaminhamentos.

Ainda a fim de avaliar se o sujeito da pesquisa tem o conhecimento referente de qual protocolo está implementado na UBS, 28% (6/21, IC 95% 9,03% a 31,60%) referiram não saber, 71% (15/21, IC 95% 21,30% a 47,99%) referem saber qual o protocolo.

Em relação à discussão sobre o Protocolo junto a gestão da UBS, 23% dos sujeitos da pesquisa (5/21, IC 95% 9,03% a 31,60%) disseram que esta discussão não aconteceu e 76% (16/21, IC 95% 23,18% a 50,21%) informaram que a apresentação aconteceu, destes 61% (13/16, IC 95% 19,45% a 45,74%) disseram que aconteceu na reunião técnica, 14% (3/16, IC 95% 1,63% a 18,52%) foram apresentados ao protocolo individualmente, 5% (1/16, IC 95% 0% a 12,63%) em reunião de equipe, 5% (1/16, IC 95% 0% a 12,63%) em reunião geral, 10% (2/16, IC 95% 0% a 12,63%) deixou a questão em branco e 5% (1/16, IC 95% 0% a 12,63%) relata que a apresentação e discussão foi em outro espaço, somente entregou sem orientação e discussão, a questão admitiu mais de uma resposta.

Ainda referente a avaliação junto ao gerente 31% dos médicos (14/16, IC 95% 23,18% a 50,21%) relatam ter sido efetiva, 4% (2/16, IC 95% 0,41% a 16,65%) sentiram falta do neurologista na discussão do protocolo.

A amostra revelou que 64% dos médicos entrevistados (29/45, IC 95% 49,79% a 76,82%) não realizaram a avaliação da fila de espera para o especialista neurologista com diagnóstico de cefaleia e 36% (16/45, IC 95% 23,18% a 50,21%) relataram ter avaliado a fila de espera. Destes 87% (14/16, IC 95% 21,30% a 47,99%) não tiveram dificuldade e 12% (2/16, IC 95% 0,41% a 16,65%) apresentaram dificuldade em avaliar. As dificuldades descritas foram: falta de dados nos encaminhamentos anteriores realizados por outros profissionais médicos; e ausência de dados referente aos tratamentos anteriores.

Em relação ao uso de descritivo mínimo nos encaminhamentos para especialistas, observamos que 82% dos pesquisados (37/45, IC 95% 68,40% a

90,97%) sempre utilizam, 13% (6/45, IC 95% 5,88% a 26,55%) utilizam poucas vezes e 4% (2/45, IC 95% 0,41% a 16,65%) nunca utilizam.

No que se refere à troca de conhecimento o estudo demonstrou que 80% (36/45, IC 95% 65,96% a 89,33%) dos encontros de matriciamento e de educação permanente não foram com o especialista neurologista e 18% (8/45, IC 95% 9,03% a 31,60%) realizaram encontro foi com este profissional. Em relação à resolutividade dentro dos encontros não observamos diferença significativa entre as respostas, sendo 38% (17/45, IC 95% 25,08% a 52,40%) relataram um encontro efetivo; 29% (13/45, IC 95% 17,63% a 43,47%) pouco efetivo; e 33% (15/45, IC 95% 21,30% a 47,99%) deixaram a questão em branco.

Ao inquirir se realizaram matriciamento com outros especialistas da RAS, 44% (20/45, IC 95% 30,93% a 58,83%) realizaram poucas vezes, 42% (19/45, IC 95% 28,96% a 56,71%) nunca realizaram. Apenas 9% (4/45, IC 95% 2,97% a 21,28%) sempre realizam o matriciamento com o especialista da rede de saúde e 7% (2/45, IC 95% 0,41% a 16,65%) deixaram a questão em branco.

Para aqueles que realizaram matriciamento com outros especialistas da rede de saúde 75% (18/24, IC 95% 27,00% a 54,57%) relatam ser efetivo e 25% (6/24, IC 95% 5,88% a 26,55%) pouco efetivo.

Os profissionais relatam em 89% (40/45, IC 95% 76,05% a 95,61%) dos casos acreditam que a ESF sempre coordena o cuidado na rede de saúde, sendo que 11% (5/45, IC 95% 4,39% a 23,96%) acreditam que esta coordenação acontece poucas vezes. Dos participantes, 67% (30/45, IC 95% 52,01% a 75,70%) avaliam a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) como efetiva. Vinte por cento dos entrevistados relatam ser pouco efetivo (9/45, IC 95% 10,67% a 34,04%) e 13% (6/45, IC 95% 5,88% a 26,55%) sentem falta do especialista.

Os fatores mais frequentes relacionados à dificuldade para o encaminhamento adequado foram pouco tempo disponível para as consultas 33% (15/45); a falta de vagas para o especialista 27% (12/45); e a ausência de protocolo clínico 18% (8/45).

As principais sugestões para um encaminhamento adequado foram: matriciamento com o especialista 35% (16/45), implementação de protocolo clínico 35% (16/45) e educação permanente 18% (8/45).

3.3 VARIÁVEIS DE CORRELAÇÃO

Ao correlacionar as diversas variáveis com o encaminhamento ou não no caso clínico utilizado, observamos que não houve diferença significativa em nenhum dos cenários.

De qualquer modo foi possível observar uma frequência de acerto no caso clínico superior ao se comparar os profissionais mais experientes e os menos experientes, definidos arbitrariamente por pelo menos cinco anos de atuação na área ($p = 0.71$). A frequência de acerto entre profissionais experientes foi de acerto de 70% (7/10, IC 95% 39% a 90%) enquanto entre os profissionais menos experientes foi de 59% (19/32, IC 95% 42% a 74%).

Ao relacionar o uso de protocolo e o encaminhamento no caso clínico, pergunta respondida por 21 participantes, foi observado que 63% dos profissionais que relataram sempre utilizar acertaram (10/16, IC 95% 38% a 82%) em comparação com uma frequência de acerto de 20% entre os que nunca utilizavam ou utilizavam poucas vezes (1/5, IC 95% 2% a 64%), ainda que sem diferença estatística ($p = 0,14$).

A frequência de acerto no caso clínico foi maior ao se relacionar aqueles que possuíam ao menos um ano na UBS atual, com 88% de acerto entre os com mais tempo (7/8, IC 95% 51% a 99%) e 54% entre os com menos tempo na UBS (20/37, IC 95% 38% a 69%), também sem diferença significativa ($p = 0,11$).

3.4 AVALIAÇÃO CASO HIPOTÉTICO

Frente ao caso hipotético de cefaleia primária observamos que 60% (27/45) não encaminharam o paciente ao neurologista e 40% (17/45), 2% (1/45) encaminharam ao oftalmologista e 2% (1/45) encaminharam ao psiquiatra.

Cinquenta e cinco % não realizaram anamnese e ou novo exame físico, 44% (20/45) pediu exames para complementar a conduta como: tomografia de crânio(10/45), exames laboratoriais(6/45), ressonância magnética de crânio(5/45), eletroencefalograma (3/45), raio x crânio (1/45).

No que se refere às orientações ofertada ao paciente referente à hábitos alimentares, estilo de vida, problemas diários que afetam a saúde, 33% (15/45) deram estas orientações e 66% (30/45) não ofertaram.

4. DISCUSSÃO

Esse estudo tem como foco entender, dentro da rotina cotidiana, como os médicos da Atenção Primária a Saúde estão encaminhando os pacientes ao especialista neurologista a partir de uma suspeita clínica de cefaleia primária, avaliar

a utilização do Protocolo Ambulatorial RegulaSUS - Resumo Clínico de Cefaleia, bem como identificar as principais causas de inadequações nos encaminhamentos ao neurologista, e, por fim, possibilitar retorno científico para o poder público e contribuir para a construção e efetivação da Rede Atenção à Saúde (RAS). São escassos os trabalhos na literatura que tratam deste tema.

A partir da análise dos dados, foi possível inferir que o perfil profissional do médico nesta região da RAS – Belmira Marin é maior no sexo masculino com a faixa etária de 36 anos, com média de formação de 5,77 anos. Observa-se que os médicos desta região são muito recentes em sua formação e com pouco aprimoramento profissional seja em relação a especialização, residência e/ou título em saúde da família, o que sugere uma escassez na capacitação técnica destes profissionais.

Este estudo também verificou que a maior parte dos médicos possui apenas três anos de atuação vinculados como médico na Atenção Primária a Saúde (APS) e a média de oito meses em relação ao tempo de atuação na UBS em que trabalham atualmente, demonstrando uma baixa adesão médica à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este perfil é semelhante ao estudo de Oliveira (2014) que analisou o perfil dos profissionais na ESF na Cidade de Goiana, onde os profissionais médicos mostravam-se mais jovens, com pouco tempo de formação, ausência de qualificação profissional e limitado tempo de trabalho na ESF e na equipe, confirmando os nossos achados.

O mercado de trabalho na APS está em construção, reorganização e extensão e com descompasso entre a formação e a qualificação (SAMPALHO, 2016). Existe uma lacuna entre a área de atuação e a formação, como se a inserção na APS não se desse ao projeto de vida profissional, sendo que o investimento acadêmico tem se regressado para outras áreas de especialidades e não para ESF (SANTOS, 2017).

Estudo de Fernandes (2017) afirma que para chegar ao êxito da ESF é necessário ter profissionais com formação generalista, capazes de atuar de forma eficaz em vários campos da medicina e eliminar a ideia de que o profissional que não se especializa é o que “vai para a ESF”.

Podemos comparar com o estudo de Marques, (2019) que expõe em seu estudo realizado a cidade de Florianópolis, mostra-se como a melhor RAS do Brasil, apresentando-se com cobertura de 100% pela ESF e possui 70% dos médicos com formação em medicina da família atuando na rede de saúde (MARQUES, 2019).

Observa-se também que existe uma grande oferta de vagas médicas e uma grande rotatividade destes profissionais nos serviços de saúde nesta RAS. A inserção de profissionais médicos recém egressos das universidades é uma realidade proeminente (OLIVEIRA, 2014). Há um grande número de profissionais que estão na APS temporariamente, com o desejo de especialização em outros campos diversos (SANTOS, 2017).

O estudo de Tomasi (2008) destaca a necessidade de qualificação e adequação dos profissionais médicos aos novos modelos assistenciais, demonstrando que a formação de recursos humanos para a APS tem sido objeto de preocupação, tanto na esfera da produção científica, quanto da gestão.

Vale ressaltar que existem algumas instituições de ensino superior que atendem as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam na APS do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) a Programa Telessaúde Brasil com parceria da Universidade Federal de São Paulo.

4.1 GESTÃO DA CLÍNICA

Nossa pesquisa aponta que 58% dos médicos encaminham os pacientes ao especialista com classificação em prioridade clínica alta, média e baixa, pertinente aos motivos de encaminhamento, como: emergência e urgência, atendimento o mais rápido possível (Alta), prioridade não urgente (média) e atendimento eletivo (baixa).

Reavaliar os pacientes em fila de espera para estratificar o grau de urgência, garante a priorização do encaminhamento na fila de espera. Esta ação ajuda a potencializar os encaminhamentos e evitar complicações para pacientes mais graves reduzindo o tempo de espera. Kaeriyana et al. (2018) acreditam que para otimizar e evitar complicações para os pacientes é necessário requalificar a fila de espera.

Segundo Areal (2018) o gerenciamento da fila de espera é um gatilho para o processo de reorganização da RAS. Marques (2019) Destaca em seu estudo a fragilidade da APS em filtrar os encaminhamentos, proporcionando uma demanda reprimida sem grandes necessidades.

Diante deste exposto foi possível observar em nosso estudo que (36%) dos médicos reavaliaram os pacientes na fila de espera, destes (12%) apresentaram dificuldades em fazer esta reavaliação, observamos que neste território de saúde os

profissionais possuem média de atuação na ESF de oito meses, desta forma podemos observar que estes profissionais de saúde não estão estratificando o risco do paciente tanto quanto oferecendo avaliação ágil de casos com possível excepcionalidade, devem-se isto a formação recente, dificuldade na gestão do caso e a dificuldade em reavaliar um caso encaminhado por outro profissional.

Os encaminhamentos baseiam-se em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos por (GUEDES, et al. 2019 e KAERIYANA, et al. 2018). Necessitam estar pautados em justificativas clínicas plausíveis demonstrando uma necessidade real de avaliação especializada (KAERIYANA et al. 2018).

Para isso o Ministério da Saúde criou em 30/12/2010 a Portaria 4.279, entre várias definições que os protocolos assistenciais, devem orientar as linhas de cuidado e viabilizar a comunicação entre as equipes e serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Portanto é necessário antes da classificação do encaminhamento por prioridade, que o encaminhamento esteja qualificado conforme os protocolos clínicos disponíveis na APS para haver uma boa comunicação com a especialidade e o compartilhamento do cuidado ser eficiente e eficaz.

Em 2018 foi instituído o Protocolo Ambulatorial RegulaSUS - Resumo Clínico Cefaleia em todas as UBS da Região de Capela do Socorro, os gestores das UBS apresentaram os instrumentos para todos os profissionais médicos com intuito de qualificar, sendo ele um disparador para adequação e melhoria da longitudinalidade do cuidado. Com isso diminuindo a lista de espera para o neurologista, contribuindo para um planejamento assistencial que possibilite o cuidado integral e de forma continuada.

Kaluzny et al. (2006) aponta que nos últimos anos as organizações de saúde têm utilizado instrumentos baseados na padronização dos processos de trabalho, por meio da adoção de protocolos que padronizam o tratamento de uma determinada condição de saúde.

O uso de protocolo contribuiu para melhorar os critérios de encaminhamento entre níveis de atenção e fixar objetivos assistenciais comuns (SANTOS, 2018). Mudanças organizacionais, combinada com protocolos, podem transformar a prática da clínica (SPEDO, 2010).

Se faz necessário a discussão dos protocolos clínicos que definem os critérios de encaminhamentos discutidos no âmbito local e regional com a participação com equipes multidisciplinares (MARQUES, 2019). A elaboração e discussão deve ser um

processo contínuo, baseado em evidências científicas, assim efetivando o uso desses instrumentos pelo médico da ESF para a coordenação do cuidado. Para o autor, os protocolos são capazes de definir quais intervenções devem ser ofertadas para um serviço de qualidade, para reduzir a variabilidade dos procedimentos médicos e melhorar a comunicação na RAS(DIAS,2012).

Diante do exposto foi possível observar em nosso estudo que os médicos (54%) inferiram que não há protocolo Clínico de Cefaleia na UBS e uma das grandes dificuldades enfrentadas para um “bom encaminhamento” é a ausência deste protocolo. Porém, ao comparar os dados deste inquérito com os resultados do caso hipotético realizado pelos sujeitos da pesquisa, observamos que há uma inconformidade nos achados, pois 60% dos pesquisados não encaminharam os pacientes com cefaleia primária ao neurologista, desta forma podemos inferir, mesmo desconhecendo o protocolo, existe um alinhamento e um saber sobre os critérios existentes na literatura para um encaminhamento adequado, refletindo positivamente na coordenação do cuidado do paciente com cefaleia primária nesta RAS.

Observou-se também, que os médicos mais experientes são os que tiveram uma frequência maior de acerto quando comparado com os médicos que utilizam o protocolo no seu cotidiano. Inferimos que se faz necessário a implementação e utilização de protocolos no cotidiano dos profissionais médicos garantindo assim uma assistência de forma qualificada e integral ao paciente.

No entanto, dos pesquisados que afirmaram conhecer (47%) e sempre utilizar o protocolo (76%), foi possível identificar (71%) que eles inferiram saber qual o protocolo utilizado, porém ao descrever qual, não conseguiu relatar qual seria este protocolo, todavia realizaram adequadamente a condução no caso hipotético e não encaminharam o paciente ao neurologista com diagnóstico de cefaleia.

A falha na qualificação dos encaminhamentos pelos profissionais médicos pode alimentar as falhas no sistema de saúde, que refletem na ausência do acompanhamento de uma forma integral prejudicando o paciente na resolução dos seus problemas de saúde (KAERIYANA et al. 2018).

Kaeriyana et al. (2018) afirmam que o fluxo exorbitante de pacientes para a especialidade são consequências muitas vezes de encaminhamentos realizados erroneamente, visto que os casos deveriam ser acompanhados na UBS.

Para Rebolho et al. (2019) cabe ao médico definir quais os pacientes necessitam ou não de encaminhamentos para a AE, sendo esta uma das funções mais importantes da APS, exercer o papel de filtro.

Percebe-se ainda uma fragilidade em filtrar estes encaminhamentos, proporcionando uma incongruente demanda reprimida (MARQUES, 2019). Para suprir esta demanda Rebolho, (2019) afirma ser fundamental a qualificação dos médicos, caso contrário a organização do sistema será descoordenada e onerosa.

Estes dados corroboram com os dados apresentados em nosso estudo, apontando que o gestor da UBS fortaleceu a atuação clínica dos médicos através da discussão do protocolo de cefaleia. Observou-se que este desdobramento com prevalência em reuniões técnicas junto ao gerente apresentou-se efetivo, porém é necessário ser contínuo e ter a presença do especialista para elucidar e qualificar o processo de trabalho.

Santos (2018) considera que os profissionais necessitam de encontros clínicos com os especialistas para discutir condutas, esclarecer dúvidas para melhorar a prática cotidiana.

Iniciativas de comunicação entre ESF e a AE contribuem para desenvolvimento profissional, troca de conhecimento e discussão de casos clínicos, melhorando a qualidade da atenção prestada ao paciente (Dias e Giovanella, 2012). Os resultados de Braschinky et al. (2016), realizado no Sul da Estônia afirma a importância de realizar educação permanente para médicos no que diz respeito a cefaleia.

A proposta de educação permanente, por meio da difusão do apoio matricial na AE, é uma trajetória para enfrentar a baixa resolutividade da APS e o “gargalo” da AE (AREAL, 2018).

Os resultados retratam que os médicos raramente participaram de matriciamento com especialista para discutirem casos pertinentes a cefaleia. Eles não possuem contato com este especialista, somente no momento do encaminhamento dos pacientes e no recebimento de retorno destes através do formulário de referência contrarreferência. Ponderamos que a falta do matriciamento junto ao especialista pode causar ausência de integração e comunicação entre a ESF e a AE. Desta forma podemos inferir que os médicos deste território trabalham de forma isolada e necessitam de estratégias de apoio matricial com os especialistas de forma contínua.

Santos (2018) em seu estudo, realizado com médicos da ESF em outra região do Município de São Paulo, abordou a comunicação entre a rede de saúde, inferindo

que não há um fluxo que promovam a comunicação institucionalizado entre a ESF e a AE. VázquezNavarrete et al. (2005) afirmam que um dos desafios para a coordenação do cuidado é a insuficiência comunicação entre os prestadores da APS.

Importante ressaltar que o matriciamento é um momento importante de comunicação entre os serviços, realiza troca de dúvidas, condutas e exercem educação permanente mútua (TESSER et al. 2017). O apoio matricial não pode ocorrer de forma simplista, por contrarreferência e pedidos de parecer. Esses espaços de discussões precisam ser potentes (SANTOS, 2017).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.13),

“O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Assim, devemos nos remeter ao processo matricial que se estrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência e equipe de apoio matricial. Na prática, a atuação que predomina é aquela em que a ESF solicita apoio matricial quando sentir necessidade de retaguarda de ações, por exemplo, da área de saúde mental, reabilitação, saúde da mulher e saúde da criança, entre outras.”

Tesser et al. (2017) afirmam que o apoio matricial com os médicos da APS e a equipe multiprofissional, garante o fortalecimento da rede, a qualificação dos processos de trabalho e a garantia de um cuidado integral.

Areal (2018) relata que criar estratégias para apoio matricial cresce a satisfação por parte dos neurologistas e profissionais da APS. Além de qualificar os profissionais, mantendo um seguimento eficaz no território e com apoio para manejar os casos clínicos.

Tesser (2017) e Sampaio (2016) propõem em seus estudos que os serviços especializados tenham atuação descentralizada e regionalizada, com formação e capacitação permanente, superando o obstáculo da referência e contrarreferência, incorporar novos conhecimentos, seguindo o princípio de integralidade garantido pelo SUS.

Apostar em momentos de integração e comunicação entre as equipes da ESF e AE é fundamental. Instrumentalizando e capacitando os médicos através da ampliação do conhecimento por meio de uma análise crítica, remete as ações mais efetivas no território.

Uma das estratégias tomadas para Areal (2018) em seu estudo foi criação do processo de referência e contrarreferência por meio de aplicativos de internet (WhatsApp), garantindo fluidez e agilidade deste processo.

No estudo de Santos (2018) destaca uma solução simples para a comunicação entre a RAS, como lista de ambulatórios de AE e lista de contato dos especialistas onde os pacientes são atendidos.

Ainda avaliando os dados coletados, referente a iniciativa de matriciamento com o especialista neurologista podemos inferir que os médicos necessitam e acreditam na potencialidade desta iniciativa de encontro com a rede. Afirmado o nosso resultado Hoepfner et al. (2014) demonstram efetividade na redução da fila de espera para o especialista após a criação de um programa de apoio matricial.

É importante a criação de espaços de matriciamentos e/ou compartilhamento do cuidado entre a APS e a AE. Através de discussão de casos e atendimentos compartilhados entre o especialista e o médico da equipe de referência. Este encontro contribui para troca de conhecimento e redução da fila espera para o especialista. Reafirmando que é importante destacar a continuidade destes encontros para qualificar o processo de trabalho, garantir um cuidado integral e assegurar a coordenação do cuidado.

Sendo a APS a ordenadora do cuidado de saúde e que precisa de apoio complementar da AE para dar continuidade no cuidado ao paciente (SANTOS,2018). Nossos resultados retratam que os médicos acreditam que ESF coordena o cuidado em saúde e avalia esta coordenação efetiva.

A coordenação do cuidado precisa garantir porta de acesso regular para o paciente, com ampliação do escopo de ações, arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços, diálogo clínico e formação continuada com participação de profissionais da ESF e AE, comunicação direta com o especialista (MARQUES, 2019).

A qualidade da atenção, a redução de custos, melhorar a segurança dos pacientes, diminuir riscos de erros, prevenir complicações, proporcionar seguimento adequado, são as preocupações frequentes enfrentadas pela APS para realizar a coordenação do cuidado (MARQUES, 2019).

4.2 DIFICULDADE ENFRENTADA PARA UM “BOM ENCAMINHAMENTO”

Nosso estudo também apresenta as dificuldades que os médicos enfrentam para realizar um bom encaminhamento, os principais apontamentos são referentes à duração e a excessiva burocratização nas consultas médicas da APS.

A consulta na ESF tal qual preconizada pela Secretaria Municipal de São Paulo descrita no Protocolo de Diretrizes Operacionais - Unidades Básicas de Saúde (2016), abrangendo consultas programadas e consultas à demanda espontânea, necessitam ser realizadas em quinze minutos. Nos casos de consultas compartilhadas com profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e/ou especialistas da RAS deve-se ser realizada no tempo de 30 minutos. Podendo ampliar o tempo de consulta frente às condicionantes e necessidades trazidas pelo paciente. Destacamos também que é necessário levar em consideração o vínculo, a complexidade do caso e a longitudinalidade do cuidado.

O estudo realizado por Irving et al. (2017) validou que o tempo médio de consulta em sessenta e sete países avaliados, incluindo o Brasil, varia de 48 segundos em Bangladesh há 22,5 minutos na Suécia. Porem Arroyo, (2007) em sua tese de doutorado afirma que o tempo de atendimento influencia a qualidade prestada pelos médicos, quando as consultas são rápidas e mal estruturadas, os pacientes percebem que não receberam a atenção necessária do médico, mesmo se o médico tem um bom vínculo com o seu paciente.

Considerando a longitudinalidade do cuidado e o exposto pela literatura, pode-se observar que o tempo preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de 15 minutos se mostra suficiente, porém na imersão da burocracia diária enfrentada pelo médico, na vulnerabilidade do território, as condições econômicas dos pacientes, este tempo torna-se insuficiente.

Dentre os grandes complicadores que podem afetar os resultados na APS é o número elevado de atividades durante as consultas, a pouca oferta de médico de família e o tempo de consulta (SANTOS, 2019).

Santos (2019) afirma que atividades realizadas na ESF são insuficientes, visto que o excesso de burocratização e a falta de tempo transformam o trabalho e causam diminuição das tarefas essenciais para alcançar os objetivos como a longitudinalidade do cuidado.

Foi possível perceber por meio deste estudo que os profissionais médicos se sustentam no conceito de tempo de consulta e burocratização, empobrecendo a coordenação do cuidado deixando de alcançar uma resposta integral ao conjunto de

necessidades de saúde dos usuários, por outro a pesquisa nos traz o realidade da rotatividade médica e a inserção de médicos recém formados na APS que dificulta a longitudinalidade do cuidado.

Ainda nos resultados referentes às dificuldades enfrentadas pelos médicos para um “bom encaminhamento”, podemos destacar também a “pressão” que o paciente exerce para ser encaminhada ao especialista, dificuldade do paciente em aceitar o tratamento clínico e ausência de compreensão da benignidade da doença por parte do paciente.

Entendemos que o indivíduo regularmente procura pelo serviço de saúde, “pressionando o médico por um encaminhamento”, pois acredita que haverá resoluções dos seus possíveis problemas na AE.

Para atuar na ESF, não há exigência de formação médica específica (SANTOS, 2016). Um dos maiores desafios para os médicos que escolhem atuar na ESF é a necessidade do conhecimento de diferentes áreas do saber, como clínica geral, pediatria, obstetrícia, saúde do idoso, saúde da mulher e saúde do adulto. Desta forma, um especialista e um médico recém-formado podem exercer a função de “médico da família”. Santos (2016) afirma que a ESF é um mosaico de profissionais médicos com ou sem especialidades.

A consulta na ESF exige uma relação marcada pelo interesse de ambos (paciente x médico) para estabelecer um encontro terapêutico, é necessário levar em consideração as variáveis: baixa cobertura assistencial, falta de estrutura física, equipes incompletas, excesso de demanda, organização dos serviços, nível social e econômico dos pacientes (GOMES, 2012).

Pode ser influenciada por vários fatores como: *setting* terapêutico, os aspectos psicossociais e psicológicos do paciente com seu adoecer (angústias, medos, expectativas, ansiedades, frustrações etc.), experiências com outros médicos e experiência e habilidades profissional (CAPRARA, 2004).

Acredita-se que o médico complica a compreensão do paciente, pois realiza uma comunicação em linguagem científica inacessível, baseada no modelo cognitivo com consultas "a curto prazo", do tipo queixa-conduta, com perguntas guiadas (GOMES, 2012).

Ao encaminhar os usuários conforme suas necessidades de saúde, à resolutividade ou resposta dada ao problema de saúde do usuário faz gerar o

encaminhamento (MELO, et al. 2016). Quando estas condições são incongruentes, corroboram desfavoravelmente em uma relação médico-paciente (GOMES, 2012).

Os profissionais apresentam dificuldade em lidar com a complexidade da APS e na capacidade resolutiva de encaminhamento para outros pontos da RAS (SANTOS, 2018).

Por outro lado, a pesquisa permitiu afirmar que esta “pressão” exercida pelo paciente causa um desconforto aos médicos, principalmente para profissionais com pouca experiência profissional e pouca experiência na ESF, causa um efeito opressor ao profissional de saúde que está lidando diretamente com o paciente.

No estudo de Geneau et al. (2007) realizado no Canadá validou possíveis causas da alta rotatividade dos médicos que atuam na APS, está relacionadas a descontentamento no trabalho e as pressões diárias.

Finkelsztejnet al. (2009) confirmam o apontamento da nossa pesquisa afirmando que o sentimentalismo a compaixão pelo paciente, insegurança ou falta de autoconfiança contribuem para encaminhamentos inadequados na APS.

4.3 CASO HIPOTÉTICO

Na ESF ainda se perdura a prática antiga do modelo assistencial biomédico e fragmentado, comprovado nos estudos de (MELO et al.2016, SANTOS, 2018e GOMES, 2012), tais estudos afirmam que há fragmentação das ações e serviços na RAS, ainda se vê os usuários buscarem soluções imediatas para seus problemas. Favorecendo a enorme demanda espontânea, com encaminhamentos desnecessários, ilegíveis, ações médicas pouco resolutivas, contrarreferência ausente e pouco frequente, escassez de profissionais médicos, lógica de atendimento centrada no número de procedimentos, impactando negativamente na integralidade e efetividade do sistema.

Frente a esta exposição foi possível identificarnos resultados do caso hipotético de cefaleia primária queos médicos (60%) não encaminharam o paciente ao neurologista, porem solicitaram exames complementares para validar o diagnóstico.

Estima-se que mais da metade da população mundial apresenta cefaleia em algum momento da vida, no Brasil é responsável por 9% das consultas na APS, gerando onerosos custos ao sistema de saúde (SOUZA, 2019).

A cefaleia primária caracteriza-se por dores que provocam sensação de cabeça pesada/pressionada, de intensidade fraca ou moderada, sem dificuldades na realização de atividades diárias (SOUZA, 2019).

A dor provocada pela cefaleia causa muito incômodo e angústia, tal condição compromete a qualidade de vida dessas pessoas de maneira sistêmica como: tristeza frequente, rebaixamento do humor, distúrbios do sono, diminuição do apetite e/ou libido (SOUZA, 2019).

Ansiedade, irritabilidade, a má qualidade de alimentação pode funcionar como gatilho para a crise de cefaleia primária (SOUZA, 2019). Frente a estes achados na literatura podemos inferir que os médicos desta RAS não ofertaram orientações ao paciente referente à hábitos alimentares, estilo de vida, problemas diários que afetam a saúde do paciente com cefaleia, dificultando a longitudinalidade do cuidado e a qualidade de vida destes pacientes.

A cefaleia primária pode e deve ser diagnosticada com segurança pelo médico da APS (FINKELSZTEJN, 2009). Esgotarem todas as alternativas de tratamento na APS, pode-se diminuir a fila de espera, a onerosidade do sistema e aumentaria a resolutividade do cuidado (MARQUES, 2019). Todavia, a literatura mostra que ainda há falta de critérios que justifiquem os encaminhamentos ao serviço de neurologia e apontam para a necessidade de maior seleção dos pacientes a serem referenciados. (MENDONÇA, 2019 e LÓPEZ - DOMINGUEZ et. Al. 2007).

Ademais, reforçamos a importância da utilização do protocolo de cefaleia. Os protocolos, podem transformar a prática da clínica e assim melhorar a qualidade de vida ao paciente (SPEDO, 2010).

4.4 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA

O estudo contribuirá para a gestão local, implementar o apoio matricial junto as equipes de ESF e AE, vistas a garantir a melhor qualidade dos serviços disponível na RAS de São Paulo – Região de Capela do Socorro assegurando assistência de forma integral nos diversos níveis de atenção.

4.5 IMPLICAÇÕES PARA PESQUISA

Para fins de aprofundar o tema desse estudo, seria relevante analisar os encaminhamentos e os prontuários para correlacionar os dados apresentados nesta pesquisa pelos médicos com o descrito em prontuário, para propor estratégias de compartilhamento do cuidado entre APS e AE mais assertiva.

4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto ao tamanho da amostra, ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão.

5. PRODUTO ESPERADO

É confirmado com esse estudo que o apoio matricial e o compartilhamento do cuidado são ferramentas essenciais para qualificar o atendimento ao usuário do SUS.

Segue proposta para reorganização dos processos de trabalho, a fim de aproximar a APS e a AE, com o intuito de prestar uma assistência integral e equânime.

Quadro 1 - Plano de ação para apoio matricial da Estratégia Saúde da Família junto ao neurologista na Rede Atenção à Saúde de Capela do Socorro.

PROBLEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de apoio matricial.

NÓ CRÍTICO
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de matriciamento da ESF com AE.• Dificuldade da ESF em realizar a coordenação do cuidado de um modo efetivo.• Falta de comunicação entre os médicos da APS e AE.
PROPOSTA OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilização dos profissionais referente à cefaleia primária utilizando o Protocolo Ambulatorial RegulaSUS – Resumo Clínico de Cefaleia (2016).• Disseminação do uso de protocolo clínico junto aos gerentes e equipes da ESF.• Educação permanente para as equipes de ESF referente à cefaleia.
AÇÕES
<ul style="list-style-type: none">• Reuniões de matriciamento, a cada dois meses, com temas propostos pelas equipes de ESF relacionados à neurologia, como proposta para o primeiro encontro: Cefaleia primária, utilizando metodologia ativa.• Disponibilização de 1h semanal na agenda do neurologista para matriciamento por meio de telefone ou e-mail.

Fonte: Elaborado pela autora

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho atingiu o seu objetivo geral, ou seja, identificar dentro da rotina cotidiana dos médicos, quais as principais causas das inadequações dos encaminhamentos para neurologista com diagnóstico de cefaleia primária.

Vale salientar que os médicos desta RAS não estão fazendo o gerenciamento da fila de espera dos encaminhamentos ao especialista, desta forma desfavorecendo a avaliação ágil de casos com possível excepcionalidade, deve-se isto a formação recente e a dificuldade em reavaliar um caso encaminhado por outro profissional.

Todavia é possível inferir que uma das grandes dificuldades enfrentadas para um bom encaminhamento é a ausência do protocolo clínico de cefaleia nos serviços de saúde deste estudo. Porém, mesmo desconhecendo o protocolo, existe um alinhamento e um saber sobre os critérios existentes na literatura, refletindo positivamente na coordenação do cuidado.

É possível dizer que o gestor da UBS fortaleceu a atuação clínica dos médicos através da discussão do protocolo de cefaleia, este desdobramento com prevalência em reuniões técnicas, apresentou-se efetivo, porém é necessário ser contínuo e ter a presença do especialista para elucidar e qualificar o processo de trabalho.

Todavia é possível retratar que os médicos raramente participaram de matriciamento com especialista para discutirem casos pertinentes a cefaleia.

Ponderamos que a falta do matriciamento junto ao especialista pode causar ausência de integração e comunicação entre a ESF e a AE. Desta forma podemos inferir que os médicos deste território trabalham de forma isolada e necessitam de estratégias de apoio matricial com os especialistas de forma contínua.

Podemos inferir que os médicos necessitam e acreditam na potencialidade do apoio matricial junto ao especialista neurologista. Apostar em momentos de integração e comunicação continuada entre as equipes da ESF e AE é fundamental.

Fazem-se necessário criar espaços de apoio matricial e compartilhamento do cuidado, para ajudar a instrumentalizar e capacitar os médicos através da ampliação do conhecimento por meio de uma análise crítica, remetendo as ações mais efetivas no território.

Com este estudo pudemos evidenciar os principais apontamentos de dificuldades enfrentadas para um bom encaminhamento. Entre elas, a duração da consulta, excessiva burocratização nas consultas médicas, “pressão” que o paciente

exerce para ser encaminhada ao especialista, ausência de protocolos de educação permanente, ausência de comunicação efetiva com a AE, comunicação médico x paciente.

No caso hipotético foi possível perceber grande porcentagem de acerto nos encaminhamentos, embora haja desconhecimento referente ao protocolo clínico de cefaleia utilizado na ESF.

Com base nos resultados encontrados nesse estudo, algumas recomendações são sugeridas no intuito de contribuir para um planejamento assistencial que proporcione de forma contínuo cuidado integral para melhoria da longitudinalidade do cuidado. A saber:

Disponibilizar aos profissionais médicos o protocolo de cefaleia clínica.

Manter discussões clínicas referente a cefaleia em reuniões técnicas.

Criar espaço de apoio matricial junto aos médicos da ESF e o especialista, para fortalecer a educação permanente e o compartilhamento do cuidado.

Criar um canal de comunicação entre ESF e AE para esclarecimentos de dúvidas e anseios clínicos.

Apostar em momentos de integração e comunicação entre as equipes da EPS e AE é fundamental, instrumentalizar e capacitar os médicos através da ampliação do conhecimento por meio de uma análise crítica, remete as ações mais efetivas no território.

REFERÊNCIAS

AREAL, Adriana Ferreira Barros. Redução da espera para consulta com neurologista após reorganização da atenção à saúde na região norte do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. Suppl 1, p. 39-44, 2018.

ARROYO, Cristiane Sonia. **Qualidade de serviços de assistência à saúde :o tempo de atendimento da consulta médica** / Cristiane Sonia Arroyo. -- São Paulo, 2007. 129 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2007 Bibliografia.

BRASCHINSKY, Mark et al. Structured education can improve primary-care management of headache: the first empirical evidence, from a controlled interventional study. **The Journal Of Headache And Pain**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.24-30, 11 mar. 2016. Springer Nature.

BRASIL. ErnoHarzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Org.). **Protocolo Ambulatorial RegulaSUS: Resumo Clínico - Cefaleia**. Porto Alegre, 2016. (TelessaúdeRS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/neurologia_resumo_cefaleia_TSRS.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Eugênio Vilaça Mendes. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2015. 193p. Disponível em:<<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Fernanda Lazzari Freitas. Universidade Federal de Santa Catarina. **Eventos agudos na atenção básica: Cefaleia**. Florianópolis, 2013. 31 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/806>>. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. SEADE. Tabnet Tecnologia Datasus (Org.). **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: POPULAÇÃO RESIDENTE PROJETADA EM 01 DE JULHO SEGUNDO ANO, SEXO, FAIXA ETÁRIA E LOCAL DE RESIDÊNCIA**. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>>. Acesso em: 05 maio 2019.

BRASIL. Portaria. "MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010-Brasil." *Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS*. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 30 (2010).

CAPRARA, Andrea, JOSIANE RODRIGUES. "A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico." **Ciência & saúde coletiva** 9.1 (2004): 139-146.

DE CARVALHO GEITOEIRA, Sara Andreia Fidalgo. **Consulta de cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente**. 2018.

DIAS, Maura Pereira; GIOVANELLA, Ligia. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

DUCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976 p.

Fernandes, Josieli Cano. "Educação permanente em saúde: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de unidades básicas de saúde." (2017).

FINKELSZTEJN, Alessandro et al. **Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, p. 731-741, 2009.

FORSTER, AldaísaCassanho; FERREIRA, Janise Braga Barros; VICENTINE, Fernanda Bergamini. **Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP.** São Paulo: Funpec Editora, 2017. 280 p.

GALDINO, Gilma Serra; ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz; MEDEIROS, Jovany Luís Alves de. **Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas.** *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 65, n. 3A, p. 681-684, 2007.

GENEAU, Robert et al. Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Family practice*, v. 24, n. 2, p. 138-144, 2007.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

GUEDES, B. D. A. P., VALE, F. L. B. D., SOUZA, R. W. D., COSTA, M. K. A., & BATISTA, S. R. (2019). A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2125-2134.

HOEPFNER, C. et. Al. Programa de apoio Matricial em cardiologia: qualificação e dialogo com profissionais da atenção primária. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1091-1101, set. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1091.pdf>>. Acesso em: 29 abril 2020.

IRVING G, NEVES AL, DAMBHA-MILLER H, et al. **International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries***BMJ Open* 2017;7:e 017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902

KAERIYAMA, RAPHAEL, ERIC MAGALHÃES MORAES, AND RODRIGO GOUVEA MOURAD. "Simulação e teoria das filas aplicadas na análise dos encaminhamentos de pacientes SUS para a especialidade médica de angiologia." **Revistade AdministraçãoemSaúde** 18.72 (2018).

LAVRAS, Carmen. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LÓPEZ-DOMÍNGUEZ, J. M. et al. Análisisdescriptivo de la demanda de asistencianeuroológica ambulatoria enunáreasanitaria de Huelva, Españã. *Revista Neurológica*, v. 44, n. 9, p. 527-30, 2007.

MARQUES, A. N. T. **Avaliação dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação.** 2019 88f. Dissertação (Mestrado

Profissional Saúde da Família) Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvércio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p.15-37, nov. 2014.

MELO DF; CRISCUOLO MBR; VIEGAS SMF. **Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária**. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):4986-4995. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>

MENDONÇA, RONALDO URIAS, et al. "DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA NEUROLÓGICA: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS." **Revista Univap** 25.47 (2019): 86-97.

MIRAGLIA, Bruno Maltez; OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de. **Contrarreferência no Município de Nova Lima: Uma abordagem para melhoria na coordenação do cuidado**. 2014. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. 2014. xv, 174 f. : il.

PINTO, Luiz Felipe et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1257-1267, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

REBOLHO, R.C, POLI NETO, P, PEDEBOS, L.A, GARCIA, L.P, VIDOR, A.C. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. Cien.Saúde Colet. **[periódico na internet]**. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicos-de-familia-encaminham-menos-impacto-da-formacao-em-mfc-no-percentual-de-encaminhamentos-da-atencao-primaria/17288?id=17288>> Acesso em: 29 abril 2020.

SAMPAIO, Márcia Viviane de Araújo. Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a garantia do direito à integralidade na **Atenção à Saúde**. / Márcia Viviane de Araújo Sampaio - 2016. 79 f. : tab.; graf.; mapa.

SANTOS, Joacira Mota Matos. Avaliação da integração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada no cuidado do paciente hipertenso, no distrito de saúde do Campo Limpo, no município de São Paulo. 2018. 114 f. Disponível em: <https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/joacira_ta_final_22_06_2018_3.pdf> Acesso em: 29 abril 2020.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel. Análise do percurso terapêutico de doentes crônicos na Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 5, n. 1, p. 1-16, 2019.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois et al. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 694-706, 2017.

SILVA, Camila Ribeiro, et al. "Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso." **Ciência & Saúde Coletiva** 22 (2017): 1109-1120.

SISSON, Maristela Chitto et al. **Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial**. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 991-1004, 2011.

SOUZA, Amanda Santos; DE SOUZA MIRANDA, Kelly Larissa; MARBACK, Roberta Ferrari. Sintomas depressivos e aspectos subjetivos associados à cefaleia do tipo primária. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 3, 2019.

SOUZA, Carolina Rogel de. **Construção social da demanda em saúde: como a oferta modela a demanda?**2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SPECIALI, José Geraldo et al. **Protocolo Nacional para Diagnóstico e manejo das cefaleias nas Unidades de Urgência do Brasil - 2018** Disponível em: <<https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.

SPEDO, Sandra Maria, NICANOR, RODRIGUES DA SILVA PINTO, OSWALDO YOSHIMI TANAKA. "O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil." **Physis: Revista de Saúde Coletiva** 20.3 (2010): 953-972.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.941-951, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. Luisa; VARGAS LORENZO, Ingrid. Redes integradas de servicios de salud: ¿ Solución o problema?. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 4, n. 1, 2006.

ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE A ENCAMINHAMENTOS AO NEUROLOGISTA COM SUSPEITA DE CEFALEIA

Pesquisador: FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14371119.6.0000.5510

Instituição Proponente: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.393.366

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação de projeto de qualificação de Mestrado Profissional em Ensino de Saúde na USCS. Contexto: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde do Brasil, tem como estrutura primordial o acesso e a qualidade, possui o desafio de ser resolutiva, articuladora e coordenadora do cuidado. A coordenação do cuidado ansela dar uma resposta integral às necessidades do usuário,

através da rede sincronizada entre os serviços para efetivação da comunicação. O sistema de encaminhamento prediz um cuidado entre o médico da atenção básica e o especialista, abarcando as informações para o cuidado integral ao usuário. Atualmente os encaminhamentos utilizados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família encontram-se inadequados e a cefaleia apresenta-se como uma das principais demandas da atenção básica para atenção especializada. Os médicos da atenção primária devem adotar condutas efetivas, eficazes e acessíveis para atingir a integralidade e qualidade do cuidado. Objetivo: O presente projeto de pesquisa tem o objetivo, compreender como os médicos da atenção básica de saúde estão encaminhando os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita de cefaleia primária. Métodos: Será realizada uma pesquisa quantitativa por meio de um questionário semiestruturado. A pesquisa será realizada na região de Capela do Socorro localizada ao Sul do Município de São Paulo, sendo a região Belmira Marin fonte dos registros. A variável primária será o motivo apontado para o erro dos encaminhamentos para cefaléia. Não será realizado cálculo do tamanho da amostra. Todos os sujeitos de pesquisa

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3200

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 3.393.366

elegíveis serão avaliados. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul tendo como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Organização Social

Saúde da Família, e é redigido conforme os padrões estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional da Saúde número 510 de 2016. Impacto esperado: Esperamos compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos frente ao encaminhamento para o neurologista com diagnóstico de cefaleia primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Compreender como os médicos da Atenção primária à Saúde estão encaminhando os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita de cefaleia primária.

Objetivos específicos: Compreender as principais causas das inadequações nos encaminhamentos para neurologista com diagnóstico de cefaleia primária.

Avaliar a utilização do Protocolo Ambulatorial RegulaSUS: Resumo Clínico de cefaleia, 2016, para encaminhamento de casos clínicos de cefaleia primária.

Relacionar diferentes fatores relatados pelos profissionais com a inadequação dos encaminhamentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa não associará os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Neste sentido existirá risco mínimo direto para cada participante. Diante do possível desconforto em ter suas colocações expostas, a presente pesquisa não realizará identificação específica de cada questionário e possibilitará a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante.

Benefícios

Espera-se que com base nas informações recolhidas de cada participante seja possível compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos frente ao encaminhamento para o neurologista com diagnóstico de cefaleia. Neste sentido, esperamos fornecer instruções para facilitar as ações de encaminhamento de pacientes com cefaleia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem desenhado metodologicamente, que aplicará questionário a 55 médicos do serviço público sobre encaminhamentos de pacientes com suspeita de cefaléia.

Endereço: Rua Santo Antonio, 50
Bairro: Centro **CEP:** 09.521-160
UF: SP **Município:** SAO CAETANO DO SUL
Telefone: (11)4239-3200 **Fax:** (11)4221-9888 **E-mail:** oep.uscs@uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 3.393.366

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados conforme solicitado pelo CEP na primeira avaliação

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar ao CEP os relatórios parciais e final na forma de notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1359272.pdf	11/06/2019 19:37:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.docx	11/06/2019 19:34:30	FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA	Aceito
Outros	LISTA_DE_PENDENCIAS_NOVA_SUBMISSAO.pdf	11/06/2019 19:24:38	FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_FLAVIA_CARRASCOSA.docx	11/06/2019 19:20:57	FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_para_pesquisa.pdf	22/05/2019 12:15:00	FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	17/05/2019 15:22:47	FLAVIA CARRASCOSA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Santo Antonio, 50
 Bairro: Centro CEP: 09.521-160
 UF: SP Município: SAO CAETANO DO SUL
 Telefone: (11)4239-3200 Fax: (11)4221-9888 E-mail: cep.uscs@uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 3.393.366

SAO CAETANO DO SUL, 14 de Junho de 2019

Assinado por:
celi de paula silva
(Coordenador(a))



**Associação
Saúde da
Família**

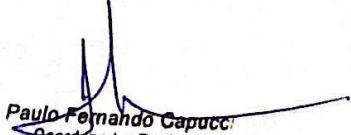
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do projeto **“Percepção de médicos da atenção básica referente a encaminhamentos ao neurologista com suspeita de cefaléia primária”**, sob responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Flávia Carrascosa da Silva**, mestrando profissional em inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

A pesquisa será realizada com os médicos das oito unidades básicas de saúde (UBS), na zona Sul de São Paulo, região de Capela do Socorro, Corredor Belmira Marin, administradas pela Organização Social Associação Saúde da Família (ASF). Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela resolução 510/16 e suas complementares.

Antes do início da coleta dos dados, o (a) pesquisador (a) responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

São Paulo, 03 de Maio 2019


Paulo Fernando Capucci
Coordenador Regional
ASF - SUL

Paulo Fernando Capucci
Coordenador Regional ASF Sul

Avenida Pascoal da Rocha Falcão, 313 – Jardim Santa Helena – São Paulo (SP)
(11) 5683-8900

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Flávia Carrascosa da Silva

Número do CAAE:14371119.6.0000.5510 de número 3.393.366

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos

Atualmente os encaminhamentos utilizados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família apresentam dificuldades e a cefaleia apresenta-se como uma das principais demandas da Atenção Básica para atenção especializada. O presente projeto de pesquisa tem o objetivo compreender como os médicos da Atenção Básica de saúde estão encaminhando os pacientes ao neurologista a partir de uma suspeita de cefaleia.

Procedimentos

Ao aceitar participar do estudo você está sendo convidado a responder um questionário com o intuito de compreender os aspectos relacionados a dificuldades frente aos encaminhamentos, especificamente ao neurologista com diagnóstico de cefaleia. O tempo estimado para responder ao questionário é de 20 minutos. As informações serão mantidas confidenciais bem como sua a identificação.

Desconfortos e Riscos

Esta pesquisa não associará os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Neste sentido existirá risco mínimo para cada participante. Diante do possível desconforto em ter suas colocações expostas, a presente pesquisa não realizará identificação específica de cada questionário e possibilitará a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Benefícios

Espera-se que com base nas informações recolhidas de cada participante seja possível compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos frente ao encaminhamento para o neurologista com diagnóstico de cefaleia. Neste sentido, esperamos fornecer instruções para facilitar as ações de encaminhamento de pacientes com cefaleia.

Sigilo e Privacidade

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será registrado no questionário nem será possível identificá-lo na análise e divulgação dos resultados desse estudo.

Ressarcimento e Indenização

A pesquisa será executada em seu local de trabalho em horário pré-definido com a gestora local e cada participante de forma a não implicar em despesas ou qualquer outro tipo de prejuízo a cada participante. Desta forma, não será previsto um ressarcimento de despesas.

Contato

Diante de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores:

- Flávia Carrascosa da Silva, aluna do Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Telefone: (11) 94256-7993. Correio eletrônico: flacarrascosa@gmail.com
- Gustavo José Martiniano Porfírio, orientador do programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Telefone: (11) 96353-3421. Correio eletrônico: gustavo.porfirio@gmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof ^a . Dra Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul	
e-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br	

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante da pesquisa:

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 510 de 2016 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

(Assinatura do pesquisador) Data: ____/____/____

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

ANEXO III– QUESTIONARIO COLETA DE DADOS**Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS**
Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior Em Saúde

Percepção de médicos da atenção básica referente a encaminhamentos ao neurologista com suspeita de cefaleia primária

Questionário

UBS: _____ Data: _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa de mestrado profissional em docência e gestão educacional da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as respondidas.

Perfil do profissional:

- 1) Sexo: Feminino Masculino
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Tempo de formação médica? _____
- 4) Tem Pós- Graduação? Sim Não
- 5) Cursou especialização em Saúde da Família? Sim Não
- 6) Fez residência em medicina de família? Sim Não
- 7) Possui título de especialista em medicina de família e Comunidade?(Sim Não
- 8) Possui outra pós-graduação, mestrado ou doutorado?
 Sim Qual? _____
 Não
- 9) Tempo de atuação em equipes de saúde da Família: _____ anos
- 10) Tempo de atuação nesta UBS: _____

Gestão da Clínica

11) Ao encaminhar um paciente para o neurologista, você define o encaminhamento por prioridade clínica (alta, média, baixa)?

- Sim
- Não
- A vezes

12) Na sua opinião quais as dificuldades enfrentadas para realizar um bom encaminhamento? (admite mais de uma resposta)

- Duração da consulta na Estratégia Saúde da Família
- Pressão do paciente para ser encaminhado ao especialista
- Dificuldade no manejo clínico
- Ausência de protocolo
- Desconhecimentos sobre o manejo clínico
- Ausência de apoio gerencial
- procedimentos burocráticos com papéis, planilhas, etc
- Dificuldade do paciente em aceitar o tratamento clínico
- Dificuldade em comunicação médico X paciente
- Ausência de compreensão da benignidade do caso por parte do paciente
- Ausência de matriciamentos com especialista
- Dificuldade no manejo de medicação controlada (antidepressivos e anticonvulsivantes)
- Outros: _____

13) Existe protocolo de encaminhamento para cefaleia na sua UBS?

- Sim
- Não. PASSE PARA A QUESTÃO 19
- Não sabe. PASSE PARA A QUESTÃO 19

14) Você utiliza esse protocolo como norteador para os encaminhamentos?

- Sempre
- Poucas vezes
- Nunca

15) Você sabe qual é este protocolo?

- Sim Qual? _____
- Não

16) A gerência da sua UBS apresentou e/ou realizou discussão sobre este protocolo de cefaleia?

- Sim
- Não.

17) Onde aconteceu esta discussão?

Reunião técnica

Reunião geral

Reunião equipe

Individualmente

Outro espaço. Qual? _____

18) Como você avalia esta discussão junto ao gerente?

Efetivo

Pouco efetivo

Senti falta do especialista

19) Recentemente você reavaliou a fila de espera para Neurologia com diagnóstico cefaleia de sua UBS?

Sim

Não. PASSE PARA A QUESTÃO 21

20) Apresentou dificuldade em realizar a reavaliação?

Não.

Sim. Quais?

21) você utiliza o descritivo mínimo para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade (sinais e sintomas, tipo de cefaleia, descrição de tratamento realizado e exame de imagem se necessário)?

Sempre

Poucas vezes

Nunca

22) Houve iniciativa de matriciamento e/ou educação permanente para médicos das equipes de Saúde da família de sua UBS da qual participou o Neurologista?

Sim

Não

Pontualmente

23) Como você avalia este matriciamento e/ou educação permanente?

Efetivo

Pouco efetivo

24) Você já realizou algum com a atenção especializada?

() Sempre

() Poucas vezes

() Nunca PASSE PARA A QUESTÃO 26

25) Como você avalia este matriciamento?

() Efetivo

() Pouco efetivo

26) Você acha que a Estratégia Saúde da Família coordena o cuidado à saúde?

() Sempre

() Poucas vezes

() Nunca

27) Como você avalia esta coordenação do cuidado?

() Efetivo

() Pouco efetivo

() Senti falta do especialista

28) Na sua opinião, quais os principais fatores enfrentados que dificultam a realização um encaminhamento adequado?

29) Quais sugestões você daria para melhorar a prática de um encaminhamento adequado para cefaleia?

Caso Clínico

"Em 18/11/2017 L.A.S. de 28 anos, 3 filhos (2, 7 e 9 anos), casada, desempregada, acordou com fortes dores de cabeça, achou conveniente ir a UBS onde é cadastrada, pois queria ser reavaliada pelo seu médico. Referiu dores nos dois lados da cabeça há mais de um mês com presença de náuseas, todos os dias a tarde. Passou em consulta com o mesmo médico há 30 dias, que prescreveu: Paracetamol 500 mg 2 cp/dia se necessário, Ibuprofeno 300 mg 2cp/dia por 5 dias e Amitriptilina 25mg 1cp/dia, sem melhora. Paciente possui antecedente de crises de cefaleia desde criança e com períodos de descompensação. Ao exame: Consciente, orientada, hidratada, corada, afebril, sem alterações à palpação cervical e do crânio, sem alterações na disfunção temporomandibular, dor bilateral de média intensidade com duração média de 1 hora por dia, sem alterações nos exames olfatório, óptico, reflexo pupilar e trigêmeo, sem alterações sensoriais e reflexos. Qual a sua conduta para este caso?
