

Avaliação das Teleconsultorias em Ortopedia Solicitadas no Município de Joinville, SC

Evaluation of the Orthopedics Teleconsultations requested in the City of Joinville, SC

Marcos Maeyama¹; Ana Beatriz Altvater Biagio²; Maria Carolina Albino Patiño³; Bárbara Pupim⁴; Márcio Accioly Sippel Fossari⁵; Luana Gabriele Nilson⁶; Maria Cristina Marino Calvo⁷; Marlene Bonow Oliveira⁸

Resumo

Objetivos: A articulação do Núcleo Telessaúde Santa Catarina com o município de Joinville culminou na implantação de fluxo compulsório de teleconsultoria em Ortopedia em 2016, promovendo redução expressiva da fila de espera para a especialidade. Esta pesquisa teve o objetivo de identificar os problemas mais prevalentes em ortopedia que geram teleconsultorias, bem como analisar seus desdobramentos. *Materiais e métodos:* Foi realizado estudo descritivo exploratório a partir de dados coletados no Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde, cuja amostra correspondeu a 478 teleconsultorias realizadas entre Janeiro e Março de 2017. *Resultados:* Os resultados demonstraram grande quantidade de casos com descrição incompleta, dificuldade de manejo pelos médicos assistentes de casos sensíveis à Atenção Básica à Saúde, e solicitação prévia de exames complementares sem critério de evidência para algumas queixas. Também foram identificadas diferenças de condutas pelos teleconsultores, independente da presença de sinais de alarme ou falta de informações, acarretando em diferentes desfechos para casos semelhantes. *Conclusão:* Os resultados apontam para a importância da construção de protocolos clínicos e de acesso à especialidade, que podem auxiliar, respectivamente, na melhor decisão clínica dos médicos assistentes e dos teleconsultores, promovendo uso racional tecnologias e serviços de saúde e qualificando a atenção aos usuários, com acesso garantido em tempo e local oportunos.

Palavras-chave: Telessaúde, Teleconsultoria, Atenção Básica à Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract

Aims: A joint of the Telehealth Center of Santa Catarina with the city of Joinville culminated in the implantation of compulsory flow of teleconsultation in Orthopedics in 2016, with an expressive reduction of the waiting queue for this specialty. The present research had the objective of identifying the most prevalent problems in orthopedics that generate teleconsultations, as well as analyzing their unfolding. *Materials and methods:* An exploratory descriptive study was carried out from data collected in the System of Telemedicine and Telehealth of Santa Catarina between January and March 2017, with a sample of 478 teleconsultations.

Results: The results showed a large number of cases with incomplete description, difficulties of management by assistant physicians of cases sensitive to Primary Health Care, and request of complementary exams without evidence criteria for some complaints. There were also identified different behaviors by teleconsultants, unattached to the presence of alarm signals or lack of information, leading to different outcomes for similar cases. *Conclusion:* The results point to the importance of the construction of clinical protocols and access to specialty, which can help, respectively, the best clinical configuration of assistant physicians and teleconsultants, promoting rational use of health technologies and services and qualifying attention to the user, with guaranteed access in timely and convenient locations

Keywords: Telehealth, Teleconsultation, Primary Health Care, Unified Health System.

-
1. Consultor do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina - Doutorado em Saúde Coletiva. E-mail: marcos,aurelio@univali.br
 2. Acadêmica do curso de Medicina da Univali - Acadêmica do curso de Medicina da Univali.
 3. Acadêmica do curso de Medicina da Univali - Acadêmica do curso de Medicina da Univali.
 4. Teleconsultora em Ortopedia do município de Joinville - Residência Médica em Ortopedia.
 5. Professor do curso de Medicina da Univali - Residência Médica em Pediatria.
 6. Consultora do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina - Mestrado em Saúde Coletiva.
 7. Coordenadora do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina - Doutorado em Engenharia de Produção.
 8. Gerente de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde do Município de Joinville - Especialização em Gestão em Saúde.
-

Introdução

O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), em que a porta de entrada deve ser preferencialmente a Atenção Básica à Saúde (ABS), que a partir dos atributos de acessibilidade, integralidade, coordenação do cuidado, responsabilização e participação social, deve ser resolutiva e ordenar as redes de atenção à saúde¹.

Com base nestas diretrizes, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2007 o Programa Telessaúde Brasil, que posteriormente passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Portaria nº 2.546/2011), com o objetivo de desenvolver ações de apoio à saúde e de educação permanente com uso de tecnologia virtual para as equipes de Saúde de Família, visando a educação para o trabalho e o conseqüente aumento na qualidade de atendimento da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS)².

A Nota Técnica da Coordenação Nacional do Programa de Telessaúde Brasil Redes nº 05/2015 do DEGES/MS afirma que, por meio do Telessaúde, é possível ofertar ações e serviços de segunda opinião formativa, telediagnóstico, tele-educação e teleconsultoria³, sendo essa última, objeto do presente trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, as teleconsultorias consistem em consultas ou perguntas registradas entre profissionais da ABS e profissionais especialistas para esclarecer dúvidas sobre manejo, condutas e procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, baseadas em evidências científicas e adaptadas à realidade regional. Elas podem ser síncronas, que são aquelas que ocorrem através de chats ou serviço telefônicos em tempo real, ou assíncronas, realizadas por meio de chats off-line³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁴, o benefício primário do Telessaúde é melhorar o acesso ao cuidado, aumentar a velocidade de acesso ou reduzir os custos do

sistema sanitário em cada país. Isto pode ser relacionado diretamente com o fato de incluir medidas mais práticas, que auxiliem a integração do médico da ABS com especialistas e, assim, aumentar a sua resolubilidade.

No Brasil, os usuários do SUS ainda encontram grande dificuldade de acesso à Atenção Especializada (AE) ambulatorial, com barreiras estruturais relacionadas ao dimensionamento e organização de ofertas, assim como ao grau de resolutividade do atendimento na APS5. Segundo Viegas⁶, em estudo realizado no Estado de Minas Gerais, a demora para conseguir acesso à AE se deve ao grande número de encaminhamentos para as especialidades.

A comunicação entre a Atenção Básica e a Especializada é importante para que se aumente a resolutividade da ABS, e a teleconsultoria pode ser considerada instrumento de comunicação para tirar dúvidas e discutir casos, qualificando assim a atenção dispensada à população⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, a integração entre os pontos de atenção é importante para que seja evitada a exposição dos pacientes da ABS à consultas e procedimentos desnecessários na AE, além de melhorar o uso dos recursos e diminuir a quantidade de pacientes em filas de espera⁷.

Com fila de espera estimada em dois anos para a consulta com o ortopedista para os casos eletivos, o município de Joinville, em Santa Catarina, inseriu fluxo compulsório incluindo a teleconsultoria previamente ao encaminhamento à especialidade de Ortopedia, em janeiro de 2016. Os desdobramentos possíveis a partir deste fluxo podem apresentar tanto, sugestão de manejo na Atenção Básica (com apoio da teleconsultoria com respostas baseadas em evidência científica), quanto ratificação da recomendação de encaminhamento à especialidade.

Joinville é o maior município do Estado de Santa Catarina, com população estimada de 569.645 habitantes⁸, e segundo dados do censo realizado em 2009, o município

possui 115 estabelecimentos de saúde com atendimento médico ambulatorial em especialidades básicas, e 95 estabelecimentos de saúde com atendimento médico ambulatorial em outras especialidades, além de nove hospitais, contabilizando tanto a rede pública como a privada. A ortopedia representa a especialidade com maior demanda de encaminhamentos, segundo levantamento realizado no setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

Nesse sentido, este estudo teve a intenção de analisar as solicitações que geraram teleconsultoria em ortopedia no município de Joinville, bem como os desdobramentos propostos pelos teleconsultores especialistas.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo descritivo exploratório, no qual foi utilizada a base de dados do Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT), para coleta de informações referente às teleconsultorias realizadas na especialidade de Ortopedia do município de Joinville entre janeiro e março de 2017.

Foram utilizadas como variáveis o motivo de solicitação de teleconsultoria, solicitação prévia de exames pelo médico assistente, sugestão de conduta pelo teleconsultor (desfechos), com descrição simples e cruzamento de variáveis.

Para avaliação dos dados, foi considerado o período entre janeiro e março de 2017, que contabilizou um total de 1.460 teleconsultorias realizadas neste período na especialidade de Ortopedia do município de Joinville via STT.

Em relação a amostra, foram admitidas 478 teleconsultorias, na qual foi realizada amostragem sistemática, iniciando pela primeira teleconsultoria do período, com intervalo de duas teleconsultorias, e assim sucessivamente, até o final do período estabelecido. A quantidade

se mostrou adequada em significância, e por não haver diferenças sazonais de prevalência entre os problemas de ortopedia, não foi necessária coleta em outros intervalos do ano. Foi admitido um erro de 5%, assim como intervalo de confiança mínimo de 95%.

Para definição do motivo da teleconsultoria, foram consideradas as principais manifestações clínicas, sintomas ou causa específica, visto que muitas delas não possuíam diagnósticos definitivos. Os dados foram extraídos das solicitações das teleconsultorias e das respostas dos teleconsultores.

Foi realizada análise comparativa do percentual de sugestões dos principais desfechos, contabilizando o total de teleconsultorias realizadas por teleconsultor, que foram nomeados de Teleconsultor 1 (T1), Teleconsultor 2 (T2), Teleconsultor 3 (T3) e Teleconsultor 4 (T4).

O registro das informações foi realizado no aplicativo *Microsoft Excel*[®], e posteriormente contabilizados e analisados os dados referentes às informações primárias e secundárias de forma descritiva simples e cruzamento de variáveis.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, com parecer favorável sob n. 2.051.952, respeitando todos os itens da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Foram admitidos mais de um motivo de solicitação por teleconsultoria, uma vez que algumas delas haviam mais de uma queixa, totalizando, assim, um número de 562 motivos.

Dentre o universo de queixas possíveis, foram encontrados 90 diferentes tipos, sendo que os resultados mais encontrados foram lombalgia e lombociatalgia (15,1%),

lesão de manguito rotador (8,1%), consulta pós trauma ou fratura (4,2%), doenças degenerativas da coluna (3,7%), dor em joelho (3,7%), artrose de joelho (3,5%), síndrome do túnel do carpo (3,38%) e hérnia de disco (3,38%), conforme demonstrado no Gráfico 1. As demais queixas somadas totalizam 54,94%, porém como individualmente aparecem com pouca frequência, não foram descritas.

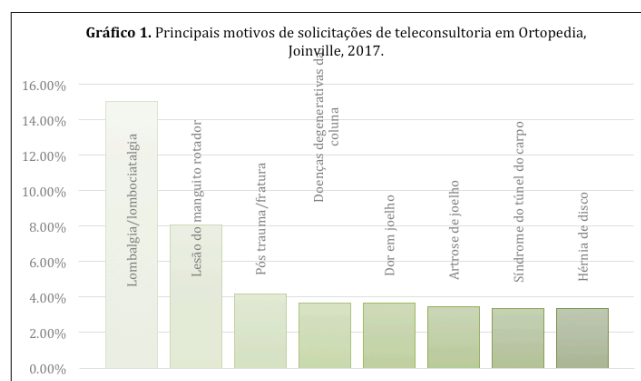


Gráfico 1: Principais motivos de solicitações de teleconsultoria em Ortopedia, Joinville, 2017.

De acordo com o estudo de Rios et al.9, que analisou pacientes atendidos em um ambulatório de clínica médica e selecionou os que possuíam queixa definida de problemas reumatológicos ou ortopédicos, obteve-se 34% de queixas musculoesqueléticas. Os sítios mais frequentes nestas queixas eram em membro inferior (49,3%), seguidas de coluna (47%) e membros superiores (35,4%), lembrando que as associações foram permitidas. A localização mais frequente entre as mulheres foi a coluna lombar e nos homens o joelho, corroborando com os dados aqui encontrados.

Também apareceram como motivos de teleconsultoria, as cervicalgias, síndromes de compressão nervosa, bursites de ombro, dores não especificadas em ombro, solicitações de avaliação pós-cirúrgicas, dor após realização de cirurgia, roturas do manguito rotador, cistos sinoviais em punhos e mãos, dor não especificada em quadril.

Dada a grande quantidade de pacientes com exames de imagem solicitados previamente à teleconsultoria, esses dados também foram explorados e são apresentados no gráfico 2. Cerca de 77,2% dos pacientes possuíam pelo menos um exame de imagem e no máximo três exames, totalizando 418 exames. Nesse contexto, os exames mais frequentes considerando o total de exames solicitados foram, radiografia simples (RX) – 36,6% (152), ultrassonografia (USG) – 32,5% (136), ressonância magnética (RM) – 20,5% (86), tomografia computadorizada (TC) – 6,2% (26) e eletroneuromiografia (ENM) – 3,5% (15). Foram encontrados, também, densitometria óssea (DS), escanometria (ES) e cintilografia óssea (CO), totalizando apenas 1 exame de cada (0,2%).

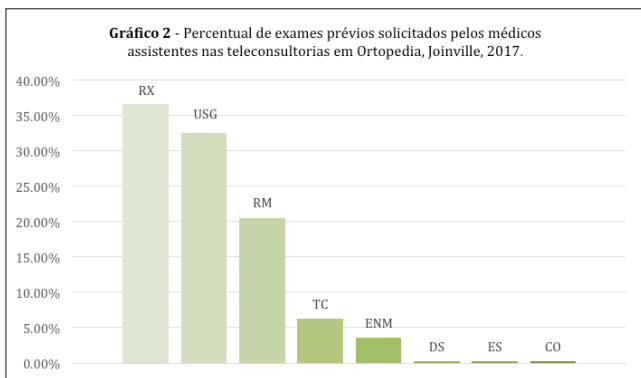


Gráfico 2: Percentual de exames prévios solicitados pelos médicos assistentes nas teleconsultorias em Ortopedia, Joinville, 2017.

Em relação aos desfechos, foram encontradas 16 propostas terapêuticas, sendo que várias teleconsultorias tiveram mais de um desfecho. O principal desfecho foi o encaminhamento, aparecendo em 82,2% das teleconsultorias.

O manejo na Atenção Básica no presente estudo foi sugerido em 18,8% das teleconsultorias. Esse percentual difere de estudo realizado por Maeyama et al.¹⁰ no mesmo município, referente ao período de implantação do fluxo de teleconsultorias em ortopedia, no qual foram

analisadas 831 teleconsultorias, com sugestão de manejo na Atenção Básica em 39% dos casos. Duas questões podem explicar esse fato. A primeira é que a teleconsultoria possui caráter formativo, o que implica, em alguns casos, na aprendizagem para resolução de problemas sem necessidade de encaminhamento ou solicitação de teleconsultoria. Neste cenário, supostamente, as solicitações de teleconsultoria ficariam para os casos mais complexos que exigem atenção do especialista. Por outro lado, a solicitação de teleconsultoria é compulsória, e inclusive nos casos em que o médico da Atenção Básica pode ter a certeza da necessidade do encaminhamento, ele deverá solicitá-la, mesmo não sendo uma dúvida do profissional.

No estudo realizado por Haddad¹¹ sobre a experiência no Telessaúde Brasil, cerca de 70% dos 510 casos analisados evitaram encaminhamentos desnecessários para área especializada. Da mesma forma, segundo Araújo, Correia e Silva¹², que estudaram pacientes encaminhados à atenção secundária, 80% das queixas ortopédicas analisadas em sua pesquisa poderiam ser conduzidas na ABS.

Vale lembrar que os estudos realizados por Haddad¹¹ e Araújo, Correia e Silva¹², tratam-se de solicitações de teleconsultorias vindas espontaneamente dos médicos da Atenção Básica, e que, portanto, acreditam que com a ajuda da teleconsultoria podem resolver o problema. Já no caso do presente estudo, o fluxo de teleconsultorias é compulsório, ou seja, podem representar tanto, solicitações de apoio, quanto intenção de encaminhamento, o que justifica o número menor de desfechos com resolução na ABS. Por outro lado, na modalidade espontânea, ainda ocorrem muitos encaminhamentos desnecessários pela não solicitação de apoio da teleconsultoria, o que demonstra também a necessidade de fluxos mais definidos.

Dentre as 478 teleconsultorias, a analgesia e a fisioterapia também apareceram com grande frequência nos desfechos, com 39,5% e 16,9% das teleconsultorias, respecti

vamente, sendo que em alguns casos houve associação de desfechos, e a fisioterapia não foi enquadrada como desfecho de encaminhamento. A solicitação de exames complementares para melhorar a qualidade das consultas de encaminhamento surgiu com apenas 6,9% dos desfechos.

No estudo realizado por Maeyama et al.¹⁰, a solicitação de novos exames antes do encaminhamento foi relevante e obteve resultado de 11% dos desfechos, quase o dobro do que encontrado no presente estudo, com a lembrança de que a teleconsultoria faz parte de um processo formativo e se entende que os médicos assistentes incorporam condutas anteriormente sugeridas pelos teleconsultores em situações análogas.

Outros tipos de desfechos menos frequentes, estatisticamente falando, foram orientações gerais, solicitação de nova teleconsultoria após novos exames ou manejo clínico, encaminhamento ao reumatologista, solicitação de nova anamnese mais completa, encaminhamento ao endocrinologista e ao oncologista, sugestão de perda de peso, repouso, orientação no uso de hidroxycloquina, investigação complementar para tumores e encaminhamento à cirurgia geral.

As respostas das teleconsultorias na área de ortopedia são realizadas por 4 ortopedistas, o que pode acarretar divergência de conduta para determinada queixa ou sintoma. Foi identificado que para um mesmo tipo de queixa em algumas teleconsultorias havia desfechos diferentes, tanto em relação a diferentes teleconsultores quanto de um mesmo teleconsultor.

Ao realizar a análise comparativa do percentual de sugestões dos principais desfechos, para contabilizar o total de teleconsultorias realizadas por teleconsultor, quando selecionada a porcentagem de encaminhamentos de cada teleconsultor em relação aos quatro principais desfechos,

T1 obteve 78,3%, enquanto T2 recebeu 75%, T3 atingiu 85,9% e T4, 85,4% de encaminhamentos do total de teleconsultorias realizadas.

Do mesmo modo, foram analisadas as condutas no que concerne à sugestão de fisioterapia. Encontrou-se 28,3% em T1, 21,3% em T2, em T3 11,7% e em T4 12,4% de sugestões de realização de fisioterapia do total de teleconsultorias realizadas. Percebe-se uma diferença significativa deste desfecho na comparação por teleconsultor.

Em relação à analgesia, as diferenças de sugestão nas teleconsultorias foram ainda maiores, na qual em T1 foi de 22,6%, T2 (21,3%), T3 (4,6%) e T4 (86,6%) do total de teleconsultorias realizadas.

O gráfico 3 demonstra os três principais desfechos comparando a sugestão por teleconsultor.

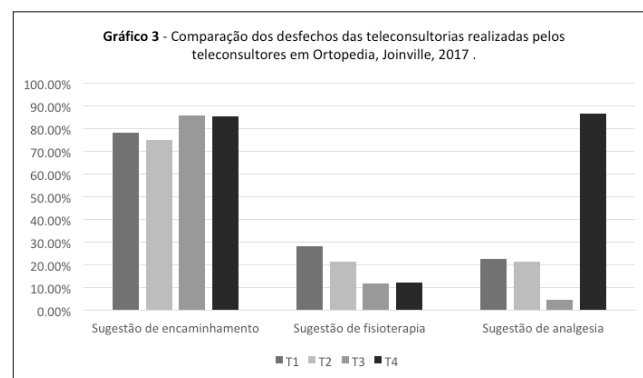


Gráfico 3: Comparação dos desfechos das teleconsultorias realizadas pelos teleconsultores em Ortopedia, Joinville, 2017.

Os principais sintomas ou motivos das teleconsultorias foram analisados individualmente em relação aos desfechos e exames solicitados previamente às teleconsultorias. Nesta etapa, as teleconsultorias que possuíam mais de um sintoma ou motivo foram excluídas da análise, por não ser possível, em muitos casos, a identificação específica do desfecho sugerido ou mesmo do motivo da solicitação de exames prévios. Excluídas essas teleconsultorias, foram consideradas para análise de relação das variáveis, 396

As lombalgias foram os motivos mais prevalentes no estudo, com o achado de 30 teleconsultorias, e, se somadas à lombociatalgia, totalizam 56 teleconsultorias.

Considerando apenas a lombalgia, 60% das teleconsultorias foram encaminhadas ao ortopedista, 23% tiveram a sugestão de fisioterapia, 67% foi iniciada ou continuada a terapia analgésica e em 3% foram solicitados novos exames complementares. Neste estudo, a lombalgia foi o motivo de teleconsultoria com menor número de encaminhamentos, com 40% dos casos com sugestão de manejo na própria Unidade Básica de Saúde (UBS). Em relação aos exames prévios à realização das teleconsultorias por lombalgia, 57% destas já haviam realizado RX, 30% possuíam RM e 10% TC. Os exames de USG e ENM não foram encontrados na análise.

Já as lombociatalgias, geraram 26 consultas, com 81% de encaminhamentos à AE, 23% de encaminhamentos à fisioterapia, 65% de solicitações de analgesia. Orientações foram o desfecho em 12%. Os exames prévios mais frequentes nas lombociatalgias foram o RX, aparecendo em 54% das teleconsultorias, a RM com 31% e a TC com 12%. Os demais exames não foram solicitados previamente.

Em relação ao motivo de alterações degenerativas da coluna, houve 13 teleconsultorias, sendo destas 77% encaminhadas ao ortopedista, 23% encaminhadas à fisioterapia, 8% prescrita analgesia. Os exames mais encontrados solicitados pelos médicos assistentes foram a RX com 54%, RM com 46%, e a TC com 8%.

O total de casos com diagnóstico de hérnia de disco foi de 15 teleconsultorias, constando encaminhamentos à ortopedia em 93% destas, encaminhamentos à fisioterapia em 20%, terapia analgésica em 40% e não houve solicitações de novos exames. Os exames que mais acompanhavam as solicitações de teleconsultoria foram a RM com 67%, a TC com 20%, o RX com 20% e a ENM com 7%.

Pimentel et al.¹³, encontrou 13,8% de queixas relacionadas a lombalgia entre queixas gerais, ou seja, não específicas de ortopedia, quando entrevistados 244 usuários em uma UBS no Ceará, sendo a manifestação clínica mais prevalente do estudo.

Defino e Herrero¹⁴ ressaltam que de 77-85% da população terá dor lombar em algum momento da vida. Nos pacientes com esse sintoma, entre 85-90% não é possível identificar o agente etiológico e se não há sinais de gravidade, não há necessidade de consulta com especialista. São considerados sinais de alerta: história de trauma, idade acima de 50 anos, história de câncer, perda de peso não explicada, história de febre, infecção bacteriana recente, uso de drogas injetáveis, imunossuprimidos, dor que não melhora com tratamento conservador, alterações neurológicas, déficit grave ou progressivo nos membros inferiores, anestesia em sela, disfunção da bexiga e alterações no esfíncter anal¹⁴.

Ainda segundo Defino e Herrero¹⁴, nos casos de dor lombar aguda, os exames de imagem e laboratoriais não são indicados, exceto na presença de sinais de alarme. Se os sintomas persistirem após quatro semanas de tratamento conservador, os exames devem ser solicitados para a reavaliação do paciente. Orientações, medicação, fisioterapia, coletes, mudanças do estilo de vida e repouso fazem parte do tratamento conservador¹⁴.

Da mesma forma, no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, em relação a dor lombar, o encaminhamento à especialidade só deve ser realizado caso exista algum sinal de alarme, como síndrome da cauda equina, patologia envolvendo a medula espinhal, déficit motor ou sensitivo, dor irradiada que não melhora com até seis semanas de tratamento, suspeita de doença inflamatória como espondilite anquilosante e indivíduo que não retorna às atividades funcionais após três meses¹⁵.

Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, os RX devem ser solicitados quando há falha no tratamento conservador, assimetria nos reflexos, dor localizada e quando o paciente é idoso com lombalgia de início recente. A solicitação de outros exames mais específicos, como TC e RM, deve ser feita na suspeita de alguma patologia específica, como hérnia discal, estenoses medulares ou tumores da região lombar¹⁵.

O Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada em ortopedia, proposto pelo Ministério da Saúde, sugere que um exame de RX adequado associado a sinais de alerta indicam a realização de RM ou TC. Um sinal de alerta para tal, também, seria a idade acima de 70 anos ou abaixo de 20 anos⁵.

No presente estudo, houve dificuldade em classificar a gravidade dos sintomas de lombalgia devido à falta de dados nas solicitações de teleconsultorias realizadas pelos médicos assistentes, com quantidade significativa de histórias clínicas incompletas em relação aos sintomas e, principalmente, exame físico. Além disso, dados básicos relacionados ao paciente, como idade, sexo, peso e comorbidades, na maioria das vezes não se faziam presentes. Observou-se na análise das teleconsultorias, que algumas solicitações de encaminhamentos foram realizadas mesmo sem o paciente possuir sinais de alarme. A falta de informação e clareza na descrição do caso pode gerar dúvida para o teleconsultor e resultar em um encaminhamento desnecessário.

Quanto aos exames relacionados à dor lombar encontrados no atual estudo, constatou-se que muitas das teleconsultorias enviadas já possuíam exames prévios. Também chamou atenção o fato de a RM, exame de custo relativamente alto e indicado em situações especiais, aparecer com relativa frequência.

A falta de informações quanto às razões não permite uma análise mais assertiva, mas ainda assim, chama atenção para o grande número de solicitações de exames de imagem

pelos médicos assistentes, especialmente os de RM, em que a realização do exame deveria estar acompanhada de sinais de alarme, situação também associada ao acompanhamento do especialista. Ainda que os exames de imagem sejam essenciais para o diagnóstico, o uso indiscriminado, e por vezes desnecessário, compromete o acesso dos que de fato necessitam, além de submeter o paciente à procedimentos desnecessários, com mais riscos potenciais que benefícios.

As tendinopatias do manguito rotador são patologias muito prevalentes na população geral. No presente estudo, foi encontrado um total de 25 teleconsultorias sobre este tema, das quais 88% resultaram em encaminhamentos para a ortopedia e 12% em encaminhamentos para a fisioterapia. Além disso, a conduta de analgesia foi tomada em 20% das teleconsultorias.

Segundo o Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada do Ministério da Saúde, bursites/tendinites de ombro devem ser encaminhadas ao especialista após 06 semanas de tratamento conservador (fisioterapia + analgesia). Além disso, esse mesmo protocolo sugere o encaminhamento quando há rotura parcial do tendão com dor refratária ao tratamento conservador ou uma ruptura total do tendão⁵.

Os exames para tendinopatias de ombro solicitados pelos médicos assistentes previamente a teleconsultoria demonstraram a USG de ombro como a mais prevalente, presente em 88% das teleconsultorias. Além disso, 12% e 8% das teleconsultorias possuíam RX e RM, respectivamente.

De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, a USG é útil na avaliação de lesões do manguito rotador e cabeça longa do bíceps braquial, no entanto, esse método é operador dependente¹⁷. Sendo assim, o método padrão ouro para esse tipo de avaliação é a RM. As radiografias devem ser reservadas para casos de suspeita de fratura, luxação e osteoartrose¹⁷.

Bezuti et al.¹⁶ apontam que o RX em duas incidências deve ser solicitado em caso de dor relacionada a trauma para afastar a possibilidade de fraturas ou luxações.

Nota-se que os exames prévios solicitados pelos médicos assistentes condizem com os apontados pela literatura, utilizando principalmente a USG e em alguns casos, a RM ou RX.

Já a análise em relação aos desfechos das teleconsultorias, constatou que foi realizado elevada quantidade de encaminhamentos à AE, porém, na maioria dos casos, os sintomas eram refratários ao tratamento conservador por pelo menos seis semanas, o que justificaria o encaminhamento, mas em alguns casos não havia informação sobre tratamento prévio ou período de tratamento conservador.

O motivo de dor nos joelhos obteve 21 teleconsultorias, das quais 86% foram encaminhadas ao ortopedista, 14% à fisioterapia, 57% prescreveram analgesia, 5% sugeriram orientações e 38% foram solicitados novos exames. Os exames prévios solicitados pelos médicos assistentes que mais acompanhavam as teleconsultorias foram RX de joelhos estimado em 52% e USG em 48% das teleconsultorias. As RM foram encontradas em 10%.

Em relação à osteoartrose de joelho houve, também, 18 teleconsultorias, com desfechos que sugeriram 94% de encaminhamentos, 11% de fisioterapia, 39% de analgesia, 6% de solicitação de novos exames e 6% de sugestões de orientação. Nas teleconsultorias foram achados exames previamente solicitados pelo médico assistente, sendo o mais frequente o RX de joelhos, aparecendo em 61%, a RM com 22% e a USG com 6%.

O encaminhamento relacionado à dor no joelho deve ser realizado quando há falha do tratamento conservador, crepitação na articulação, bloqueio articular, derrame de repetição ou sinais de instabilidade no exame físico completo do joelho¹⁸. Em relação aos exames, a Radiografia é utilizada para diagnóstico e acompanhamento de osteoartrose,

enquanto a RM é padrão ouro para lesões ligamentares e meniscais¹⁸.

O protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada em ortopedia do Ministério da Saúde aponta que lesões de menisco ou ligamentares têm potencial indicação cirúrgica e por isso devem ser encaminhadas ao especialista, assim como as osteoartroses refratárias ao tratamento clínico por seis meses⁵.

Para Kfuri Júnior e Salim¹⁹, uma boa anamnese e exame físico completo são essenciais quando relacionados às manifestações clínicas do joelho. A radiografia simples auxilia na avaliação dos traumas e doenças crônicas e degenerativas, mas pode ser dispensada quando o paciente consegue andar sem claudicar ou sofreu entorse sem apresentar edema ou derrame articular e ausência de dor à palpação óssea¹⁹.

Os mesmos autores entendem que deve-se proceder o encaminhamento à AE quando forem notados sinais de alarme, como derrame articular de grande volume, incapacidade de apoio de carga axial no membro, bloqueio articular, febre e deformidade pós-traumática. Os casos infecciosos sempre requerem avaliação do ortopedista e exames laboratoriais podem ser utilizados para avaliar infecção, doença metabólica ou reumatológica¹⁹.

O exame físico completo de joelho pode ser muito útil para médicos da Atenção Básica na avaliação de patologias relacionadas aos ligamentos, meniscos e cartilagens dos joelhos. Orlando Júnior, Leão e Oliveira²⁰, compararam o exame físico de joelho completo para lesões meniscais e ligamentares com a artroscopia. Para lesões de menisco medial a sensibilidade identificada foi de 75%, a especificidade de 62,50% e a acurácia de 69,44%. Para o menisco lateral, a sensibilidade encontrada foi de 47,82%, a especificidade de 93,87% e acurácia de 79,16%. Lesões do ligamento cruzado anterior apresentaram sensibilidade de 88,67%, especifici

dade de 94,73% e acurácia de 90,27% para o exame físico quando comparado à artroscopia.

Percebeu-se no presente estudo, a alta taxa de encaminhamentos à ortopedia relacionados à dor em joelhos, algumas mesmo sem ser realizado manejo prévio na unidade básica ou sem haver relato de algum sinal de alarme. Nas teleconsultorias analisadas individualmente, notou-se também a falta de dados relacionados ao problema ortopédico nas anamneses e, principalmente, de informações sobre o exame físico específico do joelho.

Nas 17 teleconsultorias com o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, foram sugeridos 88% de encaminhamentos, 12% de indicações à fisioterapia, 59% de terapia analgésica e 12% de solicitações de novos exames. A solicitação de USG acompanhou 29% das teleconsultorias, enquanto as ENM estavam presentes, também, em 29%. Outros exames não foram encontrados nessa análise.

A necessidade de encaminhamento para o especialista aparece quando o paciente portador de Síndrome do Túnel do Carpo possui déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar, déficit sensitivo por três meses ou manifestação clínica há mais de 06 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado⁵. No Protocolo de encaminhamento da ABS para a AE do Ministério da Saúde é sugerido um conteúdo mínimo que uma anamnese de mão ou punho, com sinais e sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, tratamento em uso ou já realizado, conclusão de eletroneuromiografia ou outro exame realizado e associação do sintoma à atividade laboral⁵.

Constatou-se que há uma grande parcela de pacientes com Síndrome do Túnel do Carpo que foram encaminhados ao especialista. Inclusive, muitos dos pacientes encaminhados não possuíam as justificativas para encaminhamento sugeridas pelo Protocolo de Ortopedia e Reumatologia proposto pelo Ministério da Saúde⁵.

Nos Gráficos 4 e 5, podemos observar, respectivamente, uma síntese da relação entre “Motivos X Desfechos” e “Motivos X Exames Prévios”. Foram considerados: lombalgia, lombociatalgia, alterações degenerativas da coluna lombar, hérnia de disco, lesão de manguito rotador/tendinopatia de ombro (sintomas do ombro), consulta após trauma/fratura, artrose de joelho, dor em joelho e síndrome do túnel do carpo.

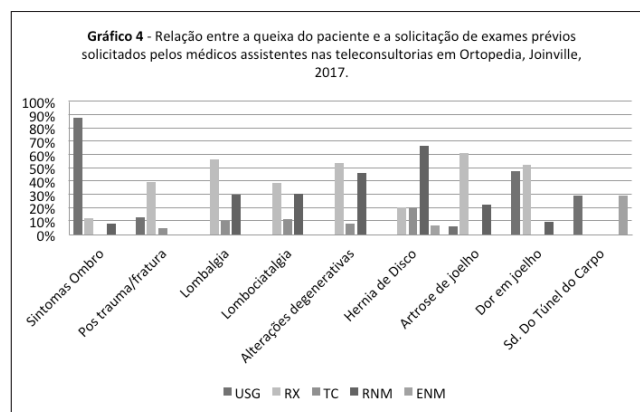


Gráfico 4: Relação entre a queixa do paciente e a solicitação de exames prévios solicitados pelos médicos assistentes nas teleconsultorias em Ortopedia, Joinville, 2017.

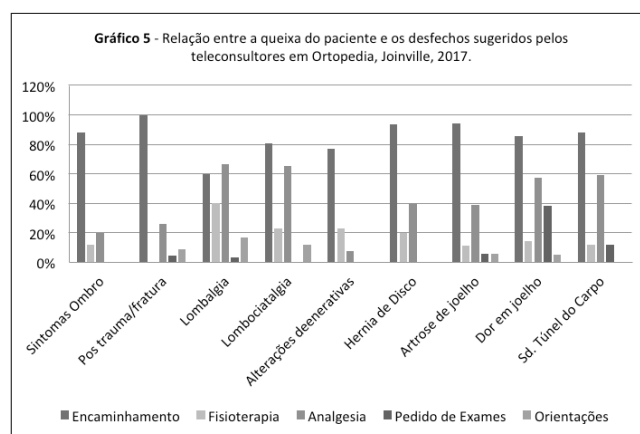


Gráfico 5: Relação entre a queixa do paciente e os desfechos sugeridos pelos teleconsultores em Ortopedia, Joinville, 2017.

Considerações Finais

O presente estudo cumpriu seu objetivo geral de identificar os principais motivos que geram solicitações de teleconsultoria em ortopedia no município, bem como as

correlações de variáveis que envolvem as solicitações prévias de exames e os desfechos.

Em relação ao desfecho primário de encaminhamento ou sugestão de manejo na Atenção Básica, houve aumento na quantidade de teleconsultorias que recomendavam o encaminhamento ao especialista, se comparado com estudo anterior realizado no período de implantação do fluxo no município. Este aumento era previsível, pois o caráter formativo da teleconsultoria faz com que processualmente os casos sensíveis a Atenção Básica, não sejam mais solicitados apoio formativo, nem solicitação de encaminhamento.

A partir desse processo formativo, as teleconsultorias solicitadas acabam tendo uma tendência de apresentar casos mais complexos, de competência do especialista. O que surpreende no estudo é que o aumento foi bastante expressivo, e os casos de sugestão de manejo na Atenção Básica tiveram queda em aproximadamente 50% em relação ao estudo anterior, o que implica em maior quantidade de encaminhamentos para a especialidade.

Um dado importante que se correlaciona com a quantidade excessiva de sugestão de encaminhamento é que muitos dos problemas ou queixas que geraram esse desfecho, segundo a literatura disponível apresentada, têm sugestão de manejo na Atenção Básica, inclusive aparecendo neste estudo discordância intra e inter teleconsultores, independente da descrição de presença de sinais de alarme ou tratamento refratário. Além disso, muitas teleconsultorias apresentavam dados incompletos, o que dificulta a decisão do teleconsultor em sugerir encaminhamento ou manejo na Atenção Básica. Nos casos de dados incompletos, o Telessaúde recomenda que o teleconsultor solicite dados adicionais pois eles qualificam o processo de apoio e decisão do teleconsultor. Nesse sentido, alguns encaminhamentos poderiam ter sido evitados com utilização de critérios mais definidos.

Em relação à solicitação prévia de exames pelos médicos assistentes, houve aproximações e distanciamentos em relação à recomendação das evidências científicas apresentadas. A falta de critério para solicitação de exames complementares pode gerar também solicitações indevidas, com exposição desnecessária dos pacientes aos exames, dificuldade na realização do diagnóstico, e desperdício de recurso público.

Ademais, esses resultados apontaram para a necessidade da construção de protocolos clínicos que orientem previamente a conduta de médicos assistentes no manejo rotineiro de investigação e conduta na Atenção Básica. Além disso, os protocolos clínicos também poderão auxiliar os próprios teleconsultores na tomada de decisão de forma mais uniforme, evitando inclusive contradições que acabam causando dúvidas nos médicos assistentes por posturas divergentes entre os teleconsultores especialistas.

A construção de protocolos de acesso à Atenção Especializada também pode diminuir as diferenças de conduta quanto aos desfechos esperados para os problemas mais prevalentes. O estabelecimento de critérios mínimos estabelece quais as situações em que o manejo deve ser realizado pela Atenção Básica ou pela Atenção Especializada. Esses critérios também ajudam a definir exames prévios que auxiliam o especialista no diagnóstico e conduta, otimizando o seu trabalho e qualificando o acesso.

Além disso, a construção dos protocolos a posteriori da implantação do fluxo compulsório de teleconsultoria, permite o conhecimento mais orgânico do fluxo existente entre Atenção Básica e Atenção Especializada, evitando decisões verticalizadas ou descontextualizadas. Vale a ressalva de que os protocolos devem seguir apenas como guia de orientação, e as singularidades existentes em cada caso, se necessário, podem e devem alterar a decisão em benefício da melhor assistência ao paciente.

A construção de protocolos clínicos e protocolos de acesso, não concorrem com o fluxo compulsório de teleconsultoria, muito pelo contrário, eles também são instrumentos de qualificação do fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada, logo, do próprio serviço de teleconsultoria.

Desta forma, os protocolos clínicos, os protocolos de acesso à especialidade e a teleconsultoria, utilizados de forma integrada, representam a qualificação do processo de atenção como um todo, pois dão clareza aos fluxos e ao compartilhamento de responsabilidades dentro da rede de atenção. ■

Referências:

1. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

2. Brasil. Portaria nº 2.546, de 27 de Outubro de 2011: Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

3. Brasil. Nota Técnica nº 05/2015 – DEGES/SGTES/MS. Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

4. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization, 2016.

5. Brasil. Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico]. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: v. 3/ Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

6. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1): 181-190.

7. Brasil. Custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ / Santa Catarina / Joinville, 2017. Acesso em: 13/04/2017.

Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420910&search=santa-catarina|joinville>.

9. Rios JLL, Maranhão RC, Gazineu RMD, Nogueira AB, Marques CDL. Prevalência de queixas musculoesqueléticas em pacientes atendidos em ambulatório de ensino de Clínica Médica. *Rev Bras de Clín Méd*. 2009; 7(5): 283-289.

10. Maeyama MA, Giaretta ALS, Pupim B, Machado DC, Lunardelli GK, Nilson LG, et al. Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville – SC. *Revista Catarinense de Saúde da Família*. 2016; 6(13): 107-114.

11. Haddad AE. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde de Brasil. Ana Estela Haddad. In: Mathias I, Monteiro A. (orgs). *Gold book [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2012. P. 173-206.

12. Araújo KS, Correia IB, Silva KCL. Integração Telessaúde e Regulação no apoio à Atenção Primária. In: XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012, Curitiba.

13. Pimentel IRS, Coelho BDC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Piniheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev bras med fam comunidade*. 2011; 6(20): 175-181.

14. Defino HLA, Herrero CFPS. Protocolo clínico e de regulação para lombalgia. In: Santos JS, Pereira Jr. GA, Bliacheriene AC, Forster AC. *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. P. 713-720.

15. Gusso G. Lombalgia aguda e crônica. In: Gusso G, Lopes JMC. (orgs). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. P. 1662-1673.

16. Bezuti MT, Mazzer N, Barbiri CH. Protocolo clínico e de regulação para dor no ombro. In: Santos JS, Pereira Jr. GA, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. P. 707-712.

17. Augusto DK. Dor no ombro. In: Gusso G, Lopes JMC. (orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. P. 1692-1701.

18. Fortes AB, Moisés Neto N. Dor no joelho. In: Gusso G, Lopes JMC. (orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. P. 1712-1723.

19. Kfuri Júnior M, Salim R. Protocolo clínico e de regulação para dor no joelho. In: Santos JS, Pereira Jr. GA, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. P. 721-730.

20. Orlando Junior N, Leão MGS, Oliveira NHC. Diagnóstico das lesões do joelho: comparação entre o exame físico e ressonância magnética com os achados da artroscopia. Rev Bras Ortop. 2015; 50(6): 712-719.