

O encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética para o reumatologista é realizado corretamente?

Are the musculoskeletal pain patient referral to rheumatology adequately performed?

José Eduardo Martinez¹ , Caíque Moreira Campos¹ , Caíque Souza Jorge¹ 

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar se o encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica para o reumatologista é realizado corretamente. **Método:** Foram revistas as fichas de encaminhamento para reumatologia do Centro de Saúde Escola de Sorocaba (CSE). Apuraram-se os dados demográficos, clínicos e terapêuticos, os motivos de encaminhamento e a qualidade dos dados. Foram analisados se houve registro das variáveis mencionadas, o tempo de espera para consulta e a qualidade do preenchimento da ficha de encaminhamento.

Resultados: Foram analisados 63 guias de referência e respectivos prontuários. A maioria deles é de pacientes do sexo feminino e da faixa etária entre 50 e 70 anos. Em relação às hipóteses diagnósticas, a maior prevalência nas mulheres foi de osteoartrite seguida de fibromialgia, e fibromialgia e artrite reumatoide entre os homens. Dezesesseis pacientes não tinham hipótese registrada. A maior parte queixava-se de dor generalizada. Observou-se que um número importante de fichas de referência e prontuários não registrava os medicamentos nem as medidas não medicamentosas. Chamou a atenção o fato de que não houve nenhuma ficha ou prontuário considerado completo.

Conclusão: O encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica do setor primário para a especialidade reumatologia tem falhas importantes.

Palavras-chave: dor crônica; reumatologia; atenção primária de saúde; encaminhamento e consulta.

ABSTRACT

Objective: To determine whether the referral of chronic musculoskeletal pain patients to the rheumatologist is performed correctly. **Method:** The rheumatology referral forms of *Centro de Saúde Escola de Sorocaba* (CSE) were reviewed. Demographic, clinical, and therapeutic data, reasoning for referral and data quality will be investigated. We analyzed whether there was a record of the above variables, the waiting time for consultation and the quality of filling in the referral form.

Results: Sixty-three referral slips and their respective charts were analyzed. The vast majority refer to female people between 50 and 70 years of age. Regarding the diagnostic hypotheses (DH), the highest prevalence in women was osteoarthritis, followed by fibromyalgia, and fibromyalgia and rheumatoid arthritis among men. Sixteen patients had no diagnostic hypothesis recorded. Most complain of generalized pain. It was noted that a significant number of referral forms and medical records did not record the drugs and non-pharmacological measures prescribed. It was pointed out that there were no medical records or files considered totally complete.

Conclusion: It is concluded that the referral of patients with musculoskeletal pain from the primary care to the rheumatology specialty has important flaws.

Keywords: chronic pain; rheumatology; primary health care; referral and consultation.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.
Autor correspondente: José Eduardo Martinez – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Departamento de Clínica Médica – Rua Joubert Wey, 290 – CEP: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: jemartinez@pucsp.br

Recebido em 16/05/2019. Aceito para publicação em 05/08/2019.

INTRODUÇÃO

Dor é conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”.¹ A dor crônica é aquela que persiste por um período de tempo superior àquele necessário para a cura de um processo mórbido ou aquela associada a afecções crônicas. Tem características próprias que a tornam por si só um problema de saúde.^{1,2}

A Sociedade Brasileira do Estudo da Dor (SBED) aponta que um em cada cinco adultos sofre de algum tipo de dor crônica.³ Um estudo realizado com 46.937 indivíduos de 15 países europeus e Israel divulgou a prevalência das doenças mais comuns que causam dor crônica: osteoartrite e artrite reumatoide foram as causas mais frequentes (42%). Um em cada cinco indivíduos relatou lombalgia crônica por degeneração ou hérnia discal, ou, ainda, fratura vertebral. Outras causas citadas são: trauma ou cirurgia (15%), enxaquecas (menos de 10%), neuropatia diabética (4%), e apenas 1% dos casos apontaram câncer como sua causa de dor.⁴ Entre essas causas citadas, destacam-se as doenças reumáticas, nas quais a dor é o sintoma principal e que mais leva à procura de assistência médica.²

O tratamento das doenças reumáticas no setor primário do atendimento de saúde pública tem se mostrado deficiente. Pode-se atribuir parcialmente essa deficiência à falta de conhecimento dos médicos que atuam no setor primário sobre as características básicas dessas doenças. Segundo Chierighin e Martinez, os médicos avaliados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no interior de São Paulo se referem a dificuldades para o diagnóstico e para a abordagem inicial de pacientes com doenças reumáticas.⁵

O encaminhamento para especialistas precisa ocorrer quando o tratamento requer medidas de maior complexidade e depois de um período mínimo de tratamento na UBS.⁵ Esse encaminhamento deve ser realizado por meio de guia de referência do qual constem os dados clínicos, o motivo do encaminhamento e o tratamento realizado.

O objetivo deste estudo foi determinar se o encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica para o reumatologista é realizado corretamente, ou seja, com hipóteses diagnósticas formuladas, descrição dos tratamentos realizados e justificativa do encaminhamento.

MÉTODO

O estudo foi transversal e descritivo do tipo série de casos, e procedeu-se à revisão das guias de referência do Centro de Saúde Escola de Sorocaba (CSE) para a especialidade reumatologia.

Apuraram-se as seguintes variáveis:

- Dados demográficos (idade, gênero e tempo de matrícula na UBS);
- Classificação da dor segundo a extensão (generalizada, regional, poliarticular e articular localizada);
- Presença de hipóteses diagnósticas (HDs);

- Registro de tratamentos prescritos (não medicamentosos e medicamentosos);
- Motivo do encaminhamento (acompanhamento ou avaliação);
- Tempo de espera para a consulta de referência;
- Qualidade do preenchimento.

Em relação à qualidade do preenchimento, foram consideradas completas as fichas da qual constavam dados de identificação, queixa, observação clínica e tratamentos medicamentosos e não medicamentosos prescritos.

A apresentação dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e aprovado sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 66647617.4.0000.5373.

RESULTADOS

Analysaram-se 63 guias de referência e respectivos prontuários, dos quais 55 eram de pacientes do sexo feminino. A média de idade foi de $61,6 \pm 14,4$ anos e a mediana de 64,0. A maioria dos pacientes tem idade entre 50 e 70 anos. Os pacientes apontaram duração média da dor de $6,3 \pm 5,4$ anos.

Em relação às HDs, a maior prevalência nas mulheres foi de osteoartrite seguida de fibromialgia (FM). Já nos homens, foram três casos de FM e três com artrite reumatoide. Em 16 pacientes não havia HD registrada, ou esta não foi compreendida.

A Tabela 1 mostra os resultados quanto à classificação da dor segundo sua extensão, presença de HD, registro dos tratamentos realizados previamente e qualidade do registro dos dados.

Dor generalizada foi a queixa mais prevalente, embora 25,4% das fichas ou prontuários não apresentassem registro de localização. Da mesma forma, observou-se que um número significativo de fichas de referência e prontuários não registrava os tratamentos prescritos (50,8%).

Em quase a metade dos casos, os pacientes foram encaminhados para acompanhamento e uma minoria apenas para avaliação. Quanto à demora para o atendimento, os pacientes esperavam por uma consulta com reumatologista em média havia $3,7 \pm 1,6$ anos.

Chamou a atenção o fato de que não houve nenhuma ficha ou prontuário considerado completo pelos pesquisadores.

DISCUSSÃO

O tratamento das doenças reumáticas no setor primário de atendimento público à saúde no Brasil apresenta dificuldades já apontadas pela literatura. Chierighin e Martinez mostraram que apenas 10,2% dos médicos estudados se julgaram preparados para conduzir casos com queixas musculoesqueléticas.⁵

O presente estudo apresenta ainda um problema adicional e grave, que é a pobreza dos registros nas fichas de referência e prontuários médicos — nesse caso, uma questão observada em todos os prontuários. A necessidade de registros acurados não é só importante para o bom atendimento do paciente, mas hoje uma regra ética central na medicina. Embora isso seja um fato ainda, há quem “resista a consideração que o prontuário médico tem uma posição central no cuidado do paciente”.⁶

Nos registros pesquisados, destaca-se que nove documentos não tinham a HD registrada, mais da metade não apontava o medicamento prescrito e nenhum indicava a prescrição de medidas não medicamentosas. Sabe-se que, na abordagem das doenças musculoesqueléticas, a terapêutica não farmacológica é essencial.⁷

Embora possa haver casos de doenças reumáticas que apresentem quadro clínico atípico, a extensão e a distribuição da dor musculoesquelética têm clara correspondência com as HD das doenças reumáticas mais comuns, como, por exemplo, dor generalizada com FM, poliartralgia com artrite reumatoide e osteoartrite.² Portanto, esse registro é muito importante para o atendimento pelo especialista.

Nossos dados confirmam que são imperativos a capacitação e o aprimoramento das habilidades clínicas, bem como um processo contínuo educativo para os profissionais da saúde, especialmente no setor primário de atendimento.⁸⁻¹⁰ Essa educação não deve se restringir a conhecimentos técnicos, mas também abranger as habilidades de comunica-

ção que estão envolvidas no encaminhamento de pacientes para outros profissionais.

A dificuldade de seguimento das doenças reumáticas já foi apontada na literatura internacional¹¹. Estudos relatam “que há incoerência nos encaminhamentos dessas doenças”¹² e que ocorrem “encaminhamentos de baixa qualidade e tratamentos equivocados”.¹³ Esses comentários são corroborados pelos nossos dados e requerem atenção especial pelos responsáveis pela formação e capacitação dos médicos generalistas.¹¹⁻¹⁴

CONCLUSÃO

O encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica do setor primário para a especialidade reumatologia tem falhas importantes.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Washington, D.C.: IASP; 2012.
2. Ranzolin A, Chiuchetta FA, Heymann RE. Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas. 2ª ed. São Paulo: PlanMark; 2017.
3. Siqueira JTT. Porque a dor é uma questão também de Saúde Pública [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira para Estudo da Dor; 2016 [acesso em 16 abr. 2019]. Disponível em: http://sbed.go.mk.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=173&friurl=-06112014---Porque-a-Dor-e-uma-questao-tambem-de-Saude-Publica_
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallagher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333. <http://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
5. Chiereghin A, Martinez JE. Análise das condições para diagnóstico de doenças reumáticas na atenção básica de saúde na cidade de Sorocaba-SP. *Rev Bras Reumatol*. 2015;55(3):251-5. <http://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.04.008>
6. Weed LL. Medical records, patient care, and medical education. *Ir J Med Sci*. 1964;39(6):271-82. <http://doi.org/10.1007/BF02945791>
7. McPhee SJ, Papadakis MA, Rabow MW, editores. *Current medical diagnosis & treatment*. Nova York: McGraw-Hill Medical; 2010.
8. Kennedy T, Regehr G, Rosenfield J, Roberts SW, Lingard L. Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. *Acad Med*. 2004;79(5):386-93. <http://doi.org/10.1097/00001888-200405000-00006>
9. Kowacs PA, Twardowsky CA, Piovesan EJ, Ducci RDP, Cirino RHD, Hamdar F, et al. General practice physician knowledge about headache evaluation of the municipal continual medical education program. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(3A):595-9. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000400004>

Tabela 1. Dados clínicos, de tratamento, encaminhamento e qualidade.

Variável estudada	n (%)
Classificação da dor:	
Generalizada (difusa)	17 (26,9)
Regional	4 (6,3)
Poliarticular	14 (22,2)
Articular localizada	12 (19)
Não descrita	16 (25,4)
Hipótese diagnóstica	
Presente	54 (85,7)
Ausente	9 (14,3)
Registro de medicação prescrita	
Presente	32 (49,2)
Ausente	31 (50,8)
Registro de tratamento não medicamentoso	
Presente	0 (0)
Ausente	63 (100)
Qualidade das informações	
Adequada	0 (0)
Incompleta	63 (100)

10. Weiner SJ, Jackson JL, Garten S. Measuring continuing medical education outcomes: a pilot study of effect size of three CME intervention at an SGIM annual meeting. *J Gen Intern Med.* 2009;24(5):626-9. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-0902-3>
11. Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R. Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. *J Rheumatol.* 1996;23(2):351-6.
12. Gran JT, Nordvag BY. Referrals from general practice to an outpatient rheumatology clinic; disease spectrum and analysis of referral letters. *Clin Rheumatol.* 2000;19:450-4. <http://doi.org/10.1007/s100670070004>
13. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol.* 1998;37(11):1215-9. <http://doi.org/10.1093/rheumatology/37.11.1215>
14. Stainkey LA, Seidl LA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting list: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *Health Serv Res.* 2010;10:303. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-303>

Como citar este artigo:

Martinez JE, Campos CM, Jorge CS. O encaminhamento de pacientes com dor musculoesquelética para o reumatologista é realizado corretamente? *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2020;22(1):27-30. DOI: 10.23925/1984-4840.2020v22i1a6