



Roda de Conversa: Pesquisa Clínica e Prática Profissional

Carlos Eduardo (Cadu):

Perfil vocacional estudantes;

Aplicação do Europep – instrumento de satisfação do usuário. Vai usar Mais Médicos;

Valor preditivo segundo queixas que gerem diagnósticos ou definição de problemas. Quer fazer com Gustavo Gusso. Sandra Fortes quer entrar também pelas queixas medicas inexplicáveis. Queixas sem explicação médica.

Ana Rita Novaes, Vitoria, coordena PICS no Estado. Fazendo doutorando na UFES, pesquisa clinica com acupuntura em mulheres com câncer de mama. A ideia é ampliá-la para APS. Centro de Referencia da SES, 9 homeopatas, 4 acupunturistas, meditação (relaxamento), *do in*. Atende 2000 consultas/mês, e tem banco de dados. Pesquisa em 2011 na APS, com o município de Vitoria, pesquisa duplo cego na dengue, com homeopatia, utilizou em 179 pacientes.

Sandro, UFGO, diretor pesquisa da SBMFC, trabalha com multiborbidade, conceito e definição e adaptar para português no Brasil, e fazer estudos quali e quanti. Co-orientando uma mestrando no PCATool. Demanda que veio do serviço, nas 188 ESF de Goiania.

Dirceu, coordenar da CGAB, preocupados com a gestão da clinica, os nós críticos, trabalhando com o Sírio Libanes, aprofundar o olhar sobre os resultados da PMAQ e a partir disso, criar a agenda de qualificar o cuidado, vai para o cotidiano das equipes, e menos com os gestores (requalifica ePMAq).

Gustavo Gusso, professor na USP, duas linhas de pesquisa, 1. PBI (problem based interview), pesquisa quali, em analise de dados, colocar no internato e futuramente na graduação. É supervisor do internato e da residência. 2. Outra pesquisa usou PCAtool para acompanhar AMA e ESF, em uma região e em todo Butantã. Resultados preliminares mostram que o acesso é pior na AMA. Colocou aplicativo os dos usuários, profissional e resumido, para android. Off line. Recebe o escore pronto. Em papel são 70 paginas. Probabilidade pré teste foi o doutorado, grupo da Universidade de Amsterdam. Não tem prontuário eletrônico. Estão fazendo com excel, na graduação.

Sugestões: Pesquisa saúde mental dos médicos cubanos, os que estão com parentes e outros sem, a exemplo do que aconteceu em Jandira, com 36 médicos, 100% de cobertura. Fazer diagnóstico de depressão, etc.

Descobrir pesquisadores que estão nos serviços.

Implementando versão beta do curriculum por competências pros residentes.

Sandra Fortes: o sistema eletrônico, o prontuário possibilita estudos e pesquisas e reflexões sobre o trabalho.

Ricardo: o processo hipotético dedutivo vai melhorando com a reflexão.

Gusso: Projeto "Transition", vê ao longo do tempo, o problema vai mudando.

Olivia Medeiros, CGAB, acompanha duas pautas da prática profissional, AB mais resolutiva, e acompanha os NASFs. (gestão do NASF). Trabalhando no próximo CAB NASF com o papel de cada profissional do NASF.

Sandra Fortes, psiquiatra, UERJ Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em APS, e há 13 anos, SM na APS. Nesse momento, 12 pesquisas e andamento, todas da SM na APS. Linhas que podem estar em mais de uma das rodas, veio pra essa roda porque está estudando e aprofundando as intervenções, muito em relação as Queixas sem explicação médica. Área Programática 2.2, estão trabalhando com Marcelo Demarzo, a fim de formar multiplicadores com a equipe, para a outra linha de pesquisa Burnout. ACS e enfermagem. 3. Eficácia do matriciamento, melhor que a UBS tradicional, passou de 10 para 25% para depressão. Usou rastreamento com escala, 150 pacientes foram positivos. Matriciamento com estudo quali, e trial da OMS para as categorias novas depressão ansiosa, e síndrome do stress corporal. Adaptar a Babel (capacitação SM para APS) pra EAD. Pesquisa qualitativa sobre a conversa sobre o sofrimento psíquico, porque os médicos não perguntam? Pesquisa residente, no prontuário, com o vitacare e cid, 5% já com diagnóstico. Somente 20% tinham sido matriciados. 1/3 dos esquizofrênicos diagnósticos e tratados. Dois financiamentos da FAPERGS, teve financiamento do CNPq.

Ricardo Alexandre (UFSJ), representante da UNASUS: qual o tema que tem mais dificuldade: saúde mental. Perfil do MFC e professor, a maioria não tem título de doutor. Trabalhou num censo de pessoas em situação de rua, 1100 pessoas, no mesmo dia, tem o centro de saúde mais que o consultório de rua como referência. Mudou o perfil das pessoas em situação de rua, envelheceu e estão mais isolados. Trabalho em BH com 8 mil pessoas, pop. Geral, pra avaliar utilização dos serviços, competências ACS e ACE (3 diferentes categorias) e propor plano de carreira ao final. PCAtool resumido em Vespasiano, pra tentar ver diferenças, cobertura ruim, etc. Na UNASUS, a pergunta de qual o perfil do profissional para selecionar para outras formações. Usar a base de dados da UNASUS para ver quais profissionais buscaram mais e os demais? Coordenador da residência MFC em Betim e agora é de Divinópolis, quem é o médico? Perfil do MFC.

Claunara: discutir nos encaminhamentos a relação da academia com os serviços.

Dirceu comenta as mudanças do consultório de rua para consultório na rua e a mudança na integralidade.

Marcelo Demarzo: UNIFESP, área do Depto de Medicina Preventiva. Mudança que era antes somente uma disciplina na graduação. Duas linhas, uma *mindfulness*, saúde mental e clínica, pacientes com dor crônica, etc, tem metanálises, implantar no SUS pela APS, desenvolve a tecnologia da intervenção. Mente Aberta, 25 pessoas, 3 mestrandos e 4 doutorandos e 6 pos docs. Colaboração com a Espanha (seu próprio pos doc). Outra linha: Inovação Tecnológica em APS, novas tecnologias: NASF (Guilherme), Redes e Regionalização (dimensão APS), Einstein (ICSAP, educação à distância com uma plataforma virtual – chamada Mobiliza – que articula o cuidado entre os especialistas e a APS). Pesquisas para uso de celular.

Proposta: não sabe se o doutorado a ação mais importante, mas o mais importante é estar em um grupo de pesquisa. Temos que ter ações para redes e grupos de pesquisa, tem que ter editais específicos, e juntar os esforços. Proposta de edital, grupos consolidados, grupos emergentes. Espanha: definiram grandes linhas temáticas e por regiões, nos grupos tem professores, orientadores, alunos, e profissionais da rede. Da o exemplo das resistências e dificuldades no Brasil de contar com os profissionais (ex ACS não poder fazer algo fora da carga horária).

Ana sugere antes dos editais, o levantamento das Linhas de Pesquisa.

Claunara coloca a questão de que a rede tinha essa ideia original de criar grupo e rede.

CAPES: programas em pós graduação e formação de doutores e pesquisadores.

Apresentação do Renato Tasca:

1. Redução das Desigualdades em Saúde: cobertura nominal versus cobertura efetiva; acesso; distribuição equitativa – regiões remotas, alta vulnerabilidade
2. Satisfação da população: qualidade percepção dos usuários, aceitação sociocultural, regiões com forte identidade cultural
3. melhora nas Condições de Saúde: baseado nas evidencias de gestão existentes, complexidade metodológica (densidade dos médicos, contexto do trabalho, latências), necessidade de ir além dos indicadores básicos (CC, problemas emergentes)
4. qualidade da orientação para a APS (atributos da APS); qualidade do cuidado aos problemas prevalentes, instrumentos validados (PCAtool)
5. Fortalecimento dos Sistemas de Saúde: oportunidade de aprimorar o SUS. APS ordenadora na RAS, ampliação da carteira, aumento da capacidade da APS para atuar sobre os DSS.

PAPEL DA OPAS

Plataforma de socialização de conhecimentos

Gestão do conhecimento – observatório

Estudos de caso – experiências de sucesso

Análise, difusão e debate de práticas inovadoras: laboratórios de inovação

Grupo Pesquisa Clínica 2ª Rede

Proposta do que precisa ser pesquisado.

Proposta do Demarzo. Copiar o modelo da Espanha. Deu certo, trazer alguém

Criar grupos multidisciplinares, nacionais, que incluíssem profissionais da ponta, usuários, pesquisadores, que trabalhem em grandes linhas temáticas. Uma agenda de pesquisas clínicas prioritárias na APS. Financiamento com editais, e manutenção por cinco anos.

Grupos consolidados e emergentes com formação continuada dos mais para os menos consolidados com apoio da UNASUS. 10 grupos, pelo menos 5 Centros, um em cada região.

Próximo passo: reunião na ABRASCO, com participação MS/DAB para um primeiro levantamento das linhas temáticas gerais e as linhas de pesquisa.

Quais seriam as linhas:

Multimorbidades

Manejo das condições crônicas

Regulação a partir da APS

Integração clínica

Coordenação do cuidado

Olivia: alinhar o levantamento dos pesquisadores com as demandas do MS. Deu o exemplo da oftalmologia e ortopedia, para o Mais Especialidades.

Marcelo relata a experiência de Ribeirão Preto, para levantamento de necessidades em saúde.

Claunara apresenta o levantamento de necessidades em pesquisa proposto por Starfield em dezembro de 2007.

Sandra: usar escalas conhecidas para abordagem familiar e contextuais de vulnerabilidade social. Famílias: dois indicadores . 1. Social bolsa família e outro escala de Coelho.

Utilizar, para qualquer linha/tema Redução de disparidades entre grupos sociais

Utilizar a UNASUS para montagem da Rede de Pesquisa em APS.

Sandro: 50 a 60 MFCs com mestrado e doutorado.

Proposta de um seminário de pesquisa no Congresso SBMFC em julho, para a apresentar a proposta com as linhas gerais

Marcelo: fomentar a pesquisa clínica na APS, e que ela seja feita em rede. Fomentar doutores é insuficiente porque tem que ter linhas de pesquisa. Financiamento permanente com editais.