

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Carolina de Castro Santos Rodrigues

**CONSTRUÇÃO DE CONSENSO DELPHI DAS COMPETÊNCIAS EM
OTORRINOLARINGOLOGIA NECESSÁRIAS AO MÉDICO PARA ATUAÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Belo Horizonte
2020

Carolina de Castro Santos Rodrigues

**CONSTRUÇÃO DE CONSENSO DELPHI DAS COMPETÊNCIAS EM
OTORRINOLARINGOLOGIA NECESSÁRIAS AO MÉDICO PARA ATUAÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde, da Universidade José
do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre
em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Prof^ª. Ruth Borges Dias
Coorientador: Prof. Antônio Toledo Jr.**

Belo Horizonte

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã UNIFENAS
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

616.21-051(043.3)

R696c Rodrigues, Carolina de Castro Santos.

Construção de consenso Delphi das competências em otorrinolaringologia necessárias ao médico para atuação na atenção primária. [manuscrito] / Carolina de Castro Santos Rodrigues. -- Belo Horizonte, 2020.
60 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2020.

Orientadora: Prof^a. Ruth Borges Dias

Coorientador: Prof. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.

1. Consenso. 2. Otorrinolaringologia. 3. Atenção Primária. 4. Educação Médica. 5. Currículo. I. Dias, Ruth Borges. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretora de Pesquisa e Pós-graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Certificado de Aprovação

CONSTRUÇÃO DE CONSENSO DELPHI DAS COMPETÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA NECESSÁRIAS AO MÉDICO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

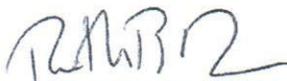
AUTOR: Carolina de Castro Santos Rodrigues

ORIENTADOR: Profa. Esp. Ruth Borges Dias

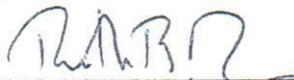
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Esp. Ruth Borges Dias

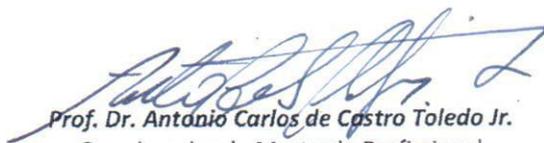


PI Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura



PI Prof. Dr. Celso Gonçalves Becker

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2020.



Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

Dedico esse trabalho a Deus, por Sua proteção e força durante esta jornada.

Ao meu marido, Rafael, pelo apoio incondicional e incentivo.

Às minhas filhas, Ana e Maria, que são fonte de alegria e motivação diária.

Aos meus pais, Eugênio e Regina, pelo exemplo de perseverança.

À minha amada irmã, Juliana, pelo companheirismo integral.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, por ter me concedido a graça e a força necessária para alcançar o desafio proposto.

Agradeço ao meu marido, pela compreensão, apoio e paciência comigo durante esse período.

Sou grata à minha orientadora, professora Ruth Borges Dias, que me auxiliou, ao longo do trabalho, de forma paciente, respeitosa e competente.

Sou grata ao meu coorientador, Professor Antônio Toledo Junior, que auxiliou no direcionamento do trabalho, de forma categórica e pertinente.

À Unifenas, na pessoa de sua Reitora, Dr^a. Maria do Rosário Araújo Velano.

À Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas, na pessoa de sua presidente, Dr^a. Larissa Araújo Velano.

Aos médicos participantes dessa pesquisa, pela disponibilidade e atenção ao compartilharem suas opiniões e conhecimentos; proporcionando a realização da investigação proposta.

Tolerar a existência do outro e permitir que ele seja diferente ainda é muito pouco. Quando se tolera, apenas se concede, e essa não é a relação de igualdade, mas de superioridade de um sobre o outro... Deveríamos criar uma relação entre as pessoas, da qual estivessem excluídas a tolerância e a intolerância.

José Saramago

RESUMO

Introdução: Afecções otorrinolaringológicas são destaques entre as enfermidades mais frequentes na atenção primária. Acredita-se que a sobrecarga na atenção secundária seja consequência da baixa resolução dos problemas na atenção primária. Uma possível explicação para esse fato seria a deficiência na capacitação médica durante a graduação. Estima-se que a carga horária média de otorrinolaringologia seja 0,6% da carga horária média total, após análise de 141 matrizes curriculares de cursos de medicina do Brasil, correspondendo a, aproximadamente, 70,5% do total das escolas médicas em funcionamento em 2013. **Objetivo:** O presente estudo tem o intuito de buscar um consenso sobre as competências na especialidade de otorrinolaringologia para generalistas com ênfase na formação para a atenção primária. **Métodos:** Foi criado um questionário inicial, abordando as habilidades otorrinolaringológicas pertinentes à prática clínica dos médicos da atenção primária, fundamentado no currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade (2015). Usando a metodologia Delphi, no formato eletrônico, o questionário foi enviado para 20 especialistas, sendo 7 otorrinolaringologistas, 7 médicos da família e comunidade e 6 generalistas, essa heterogeneidade teve como finalidade aumentar a confiabilidade dos resultados. Os resultados obtidos após cada rodada foram analisados por um pesquisador e validados por outro pesquisador, observando as tendências e as opiniões dissonantes, bem como suas justificativas. O fato de a convergência das respostas nos números 1 e 2 na escala de valoração tipo Likert ser igual ou maior que 75% foi utilizado como critério de exclusão da referida proposição. Quando a convergência das respostas nos números 5 e 6, da mesma escala, foram igual ou superior a 75%, tomou-se esse dado como fator de inclusão da proposição em análise. Ao final da sistematização e da compilação dos resultados, um novo questionário foi elaborado e reenviado, iniciando uma nova rodada, até que o consenso em todas competências foram estabelecidos. **Resultados:** Foram realizadas cinco rodadas para estabelecimento do consenso em todas as 17 competências otorrinolaringológicas avaliadas pelas proposições iniciais. **Conclusão:** Os dados obtidos nesse trabalho podem servir no embasamento e direcionamento para o desenvolvimento do currículo otorrinolaringológico nos cursos de graduação de medicina, visto que não se encontrou, na literatura, consenso estabelecendo as competências mínimas otorrinolaringológicas na formação curricular da graduação e também não houve o estabelecimento de um modelo curricular de medicina nas diretrizes curriculares nacionais.

Palavras-chave: Consenso. Otorrinolaringologia. Atenção Primária. Educação Médica. Currículo.

ABSTRACT

Introduction: Otorhinolaryngological disorders are amongst the most prominent frequent diseases in primary care. The overload in secondary care could be a consequence of the low resolution of these problems in primary care. A deficiency in medical training during graduation could be a possible explanation for this fact. The average estimated hour spent in otolaryngology practice is 0.6% of the total average practice hours. Data acquired after analyzing 141 matrices of medical courses in Brazil, corresponding to approximately 70.5% of the medical schools in operation in 2013. **Objectives:** The present study aims to reach a consensus about the competencies in otorhinolaryngology specialty for generalists whose formation emphasis primary attention **Methods:** A questionnaire was created addressing the otorhinolaryngological skills relevant to the clinical practice of primary care physicians based on the competency-based curriculum for family and community medicine (2015). The electronic format of Delphi methodology was used, later on the questionnaire was sent to 20 specialists trained in three distinct specialties, the heterogeneity among the specialists contributed to ensure the results reliability. The results obtained after each round were analyzed by one researcher and validated by another researcher, observing the dissonant trends and opinions, as well as their justifications. The proposition exclusion criterion was used when the convergence of the answers in numbers 1 and 2 on the Likert-type rating scale was equal or greater than 75% and the proposition inclusion when the convergence in answers in numbers 5 and 6 of the same scale equal or greater than 75%. By the end of the results systematization and compilation, a new questionnaire was elaborated and resent, starting a new round until a consensus in all competencies were established. **Results:** Five rounds were performed until a consensus was establish in all 17 otorhinolaryngological competencies evaluated by the propositions. **Conclusions:** The data obtained by this work can serve as basis and guidelines for developing an otorhinolaryngological curriculum in undergraduate medical courses since there was no consensus in the literature about establishing the minimum otorhinolaryngological competences in the undergraduate curriculum formation. In Brazil, there is no curriculum model recommended by national guidelines.

Keywords: Medical Education. Curriculum. Consensus. Otorhinolaryngology. Primary Care.

Title: Construction of Delphi consensus of competencies in otorhinolaryngology required to medical practice in primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Definição dos níveis de competência.....	18
Quadro 2 - Definição dos níveis de competência em Otorrinolaringologia para egressos de cursos de Medicina.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado da primeira rodada do consenso	28
Tabela 2 - Resultado da segunda rodada do consenso	31
Tabela 3 - Resultado da terceira rodada do consenso.....	33
Tabela 4 - Resultado da quarta rodada do consenso.....	35
Tabela 5 - Resultado da quinta rodada do consenso.....	36
Tabela 6 - Consenso das competências otorrinolaringológicas.....	37

LISTA DE SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AMB	Associação Médica Brasileira
MEC	Ministério da Educação
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Importância das afecções otorrinolaringológicas na atenção primária	12
1.2	Otorrinolaringologia e níveis de assistência do Sistema Único de Saúde	13
1.3	Otorrinolaringologia e ensino nas faculdades de medicina	14
1.4	Treinamento educacional baseado em competências	17
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo geral	21
3.2	Objetivos específicos	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1	Desenho do estudo	22
4.2	Participantes	23
4.3	Coleta e análise de dados	24
4.4	Aspectos éticos	26
5	RESULTADOS	27
5.1	Caracterização sociodemográfica da amostra	27
5.2	Análise dos dados da primeira rodada do consenso	27
5.3	Análise dos dados da segunda rodada do consenso	30
5.4	Análise dos dados da terceira rodada do consenso	33
5.5	Análise dos dados da quarta rodada do consenso	35
5.6	Análise dos dados da quinta rodada do consenso	35
5.7	Resultado final do consenso	36
5.8	Definição do nível de competência	38
6	DISCUSSÃO	40
7	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	50
	Apêndice A - Carta Convite ao Entrevistado	50
	Apêndice B - Questionário 1	51
	Apêndice C - Questionário 2	54
	Apêndice D - Questionário 3	57
	Apêndice E - Questionário 4	59
	Apêndice F - Questionário 5	60

1 INTRODUÇÃO

O desafio da formação de médicos para as necessidades da população e dos sistemas de saúde vem sendo discutido no Brasil e em muitos outros países. Em particular, a adequação da formação médica voltada para a atenção primária à saúde tem sido alvo de inúmeros questionamentos, em publicações, reuniões e congressos. A otorrinolaringologia é uma especialidade que envolve conhecimentos e habilidades clínicas em procedimentos e em cirurgia, algumas das quais são essenciais na formação geral e para prover atenção a adultos e crianças. (SWENSSON, 2013).

1.1 Importância das afecções otorrinolaringológicas na atenção primária

As afecções otorrinolaringológicas destacam-se entre as enfermidades mais presentes na atenção primária. Ao avaliar a classificação internacional de atenção primária, observa-se que dentre os 28 problemas de saúde mais frequentes, estão descritas quatro afecções relacionadas à otorrinolaringologia, sendo elas: infecções agudas do aparelho respiratório superior, amigdalite aguda, otite média aguda e rinite alérgica, correspondendo a 6,1% de todos os problemas correlacionados. Observando especificamente os 30 motivos das consultas mais frequentes, identificam-se vários sintomas correlacionados às afecções otorrinolaringológicas, entre eles: tosse, febre, dor de garganta, dificuldade respiratória, vertigens, tonturas e dor de ouvido, correspondendo 10,4% dentre todas as estratificadas na classificação internacional da atenção primária (GUSSO, 2009).

Analisando isoladamente a tosse como motivo da consulta, dos 10 principais diagnósticos relacionados a esse sintoma, cinco são de competência otorrinolaringológica, sendo eles: infecção aguda do aparelho respiratório superior, sinusite, amigdalite, otite média e rinite alérgica, correspondendo a 53,8% do total. Discriminando os principais diagnósticos estabelecidos relacionados à febre, as doenças otorrinolaringológicas ocupam a primeira, segunda e quarta posições, sendo respectivamente: infecção aguda do aparelho respiratório superior, amigdalite e otite média aguda, correspondendo a 62,0% do total. Através da análise detalhada dos referidos fatores, pode-se inferir que, além de frequentes, as afecções otorrinolaringológicas são importantes diagnósticos diferenciais dentre os sintomas mais presentes na atenção primária (GUSSO, 2009).

Outros trabalhos estimam que afecções do ouvido, nariz e garganta correspondam entre 20% a 25% dos casos atendidos na atenção primária à saúde, chegando até 50% dos atendimentos pediátricos. As infecções respiratórias agudas, por sua vez, representam entre 30% a 60% das consultas nos serviços de saúde e entre 20% a 40% das hospitalizações pediátricas (SWENSSON, 2013).

1.2 Otorrinolaringologia e níveis de assistência do Sistema Único de Saúde

Existe alta demanda por consultas especializadas em otorrinolaringologia, gerando uma preocupação para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois, em várias regiões do Brasil, a procura por consultas especializadas na atenção secundária supera em demasia o número de consultas oferecidas (GONÇALVES; CÔRTEZ, 2007; SARMENTO JUNIOR *et al.*, 2005).

A questão da oferta de consultas na atenção secundária têm sido objeto de estudos e seus gargalos decorrem, sobretudo, do modelo de atenção adotado, resolutividade da atenção primária e também da organização da oferta dos serviços (SILVA *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde tem buscado melhorar os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde, adotando diversas estratégias, como, por exemplo: a estratégia saúde da família, a implantação de redes de atenção, de protocolos clínicos para atenção primária, telessaúde e apoio matricial (SILVA *et al.*, 2017):

A atenção secundária é fundamental para os processos de referência e contrarreferência, necessários para a manutenção da eficiência do modelo hierarquizado de assistência à saúde. Assim, a atenção secundária estaria voltada para a resolução dos casos de maior complexidade, que não puderam ser resolvidos na atenção primária, mas que contariam com a mesma para o seu seguimento e somente casos específicos seriam referenciados à atenção terciária, para os procedimentos de alta complexidade. Entretanto, acredita-se que grande parte da sobrecarga da atenção secundária deve-se à baixa resolução de problemas na atenção primária, decorrente da falta de conhecimento geral, inclusive em relação às doenças otorrinolaringológicas (ALVES *et al.*, 2015).

O documento “A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar” faz uma síntese de diferentes vertentes referentes às atribuições necessárias para que o médico atue na atenção primária. Segundo o documento, esses profissionais são médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. (WONCA, 2002).

Objetiva-se que a atenção primária estruturada seja capaz de resolver entre 80% à 95% dos problemas de saúde da população, já que os 50 diagnósticos mais comuns correspondem por mais da metade da demanda das unidades de atenção primária (LANDSBERG *et al.*, 2012).

1.3 Otorrinolaringologia e ensino nas faculdades de medicina

Uma possível explicação para a baixa resolutividade da atenção primária em relação às afecções otorrinolaringológicas é a deficiência da capacitação recebida na graduação pelos médicos generalistas. Em geral, o ensino em otorrinolaringologia restringe-se aos anos finais do curso de graduação, sendo, em sua essência, teórico. Nessa área, poucos estudos têm sido realizados em relação ao ensino e à necessidade de reavaliação curricular. Diante das mudanças que vêm sendo propostas e da busca de um modelo de ensino médico voltado à formação do generalista com visão social, psicológica e humanística da medicina, torna-se importante avaliar a necessidade do ensino prático de otorrinolaringologia e de se fazer uma análise quanto à formação médica nessa especialidade. Isso porque as modificações nos diversos setores e o crescimento populacional geraram, na área da saúde, tendência à necessidade de formação de médicos generalistas, capazes de, ao término da graduação, prestarem assistência à saúde com ênfase em necessidades básicas da população.

Dessa feita, considerando a alta incidência de afecções otorrinolaringológicas na população e a vigência de propostas mundiais de formação de profissionais médicos generalistas, torna-se desejável que parte da carga horária reservada à otorrinolaringologia seja aproveitada em atividades de ensino prático, como a realização adequada de exame otorrinolaringológico básico e a capacitação para realizar diagnósticos diferenciais de doenças relativamente

simples e comuns, como um quadro gripal e uma sinusite aguda, ou caracterizar uma situação de urgência. Nesse contexto, o estudo de Person *et al.* (2004, p. 94).

evidenciou que as maiores dificuldades dos graduandos encontram-se em situações que envolvem conhecimento prático da especialidade, o que se traduz na dificuldade de caracterização de uma situação como urgência ou não, e que reportam as descrições de Hodgkin no Reino Unido, que encontrou uma correlação inversa entre o tempo despendido estudando uma doença e sua incidência na população em geral. Na realidade, é óbvio que com 80% de respostas adequadas, os alunos da Faculdade de Medicina do ABC têm um conhecimento básico plenamente aceitável na área, mas o intuito é atingir 100%, e a priorização e inserção do ensino prático básico na otorrinolaringologia pode contribuir de forma relevante a essa meta. A partir de 2002, no curso de otorrinolaringologia do 4º ano médico da Faculdade de Medicina do ABC, foram inseridas atividades práticas ambulatoriais sequencialmente às aulas teóricas ministradas, havendo aprovação pela maioria dos alunos, o que tem sido avaliado por meio de questionários respondidos ao final do curso. A definição de prioridades na construção de um currículo de otorrinolaringologia na graduação médica é uma realidade necessária, motivo pelo qual se encorajam outros serviços a compartilharem suas experiências e realizar estudos que contribuam ao estabelecimento de um perfil das necessidades de um currículo de otorrinolaringologia no Brasil.

Campos (2007), em documento sobre o papel da rede básica em saúde na formação médica, defende que muitas das dificuldades que o SUS deve enfrentar são problemas também para as escolas médicas que não estão formando médicos com habilidades e competências para o exercício dessa função essencial ao sistema atual, comprometendo a efetivação da atenção primária. O autor propõe que a formação médica busque variação de cenários para o ensino prático. Recomenda a inserção precoce do aluno em atividades que combinem teoria e prática, valorizando os estágios na rede básica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 defendem que o graduado em medicina deve ter formação generalista, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, a partir do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Ademais, buscam aprofundar a discussão sobre o conceito de competência, reconhecendo-a como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Um dos seus intuitos é modificar a predominância dos cenários de prática no âmbito hospitalar; pela inserção de atividades teórico-práticas vinculadas ao campo da saúde coletiva, de modo geral, e da atenção primária em saúde, em específico; aumentando a execução de atividades orientadas pela determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2014).

As diretrizes curriculares nacionais brasileiras não mencionam especificamente como incluir os conteúdos, habilidades e atitudes necessárias para desenvolver as competências em otorrinolaringologia. No entanto, isso não impede que a aprendizagem dessa especialidade possa ser trabalhada e vivenciada ao longo do curso pelas disciplinas de clínica médica, pediatria, cirurgia e medicina de família e comunidade.

As diretrizes visam orientar a elaboração do projeto pedagógico para assegurar flexibilidade, diversidade e qualidade na formação do médico generalista. Entre as ações de cuidado de saúde na atenção primária à saúde, inclui-se o atendimento a queixas relacionadas ao ouvido, nariz e garganta (SWENSSON, 2013).

O estudo citado descreve que, tanto nas matrizes curriculares de escolas tradicionais, quanto nas inovadoras, não há um padrão de carga horária mínima para a matéria de otorrinolaringologia (SWENSSON, 2013, p. 14):

Avaliado o ensino e preparo dos médicos da atenção primária para atendimento de condições clínicas abordadas na otorrinolaringologia. Num primeiro estudo, avaliaram-se 141 matrizes curriculares de cursos de medicina do Brasil, disponíveis no site www.escolasmedicas.com.br, revisados no cadastro eletrônico do Ministério da Educação e por consultas aos sites das escolas médicas. A amostra de escolas disponível no site consultado (n=141) representa 70,5% do total das escolas médicas em funcionamento e 73,4% das vagas disponíveis no país. Mais da metade (56%) das instituições utilizam da forma tradicional de ensino (n=79), 46 delas estão identificadas como escolas inovadoras e as restantes não permitiam esta classificação. Os conteúdos de otorrinolaringologia foram identificados nas matrizes curriculares de 77 escolas, sendo observado em 68,3% nas escolas tradicionais e 30,4% nas escolas inovadoras. A pesquisa mostrou que a otorrinolaringologia está presente principalmente nas matrizes curriculares de modelos mais tradicionais de currículo (n=53). A ausência de disciplina específica nos desenhos curriculares não tradicionais pode ser consequência da incorporação dos conteúdos em disciplinas integradoras, compatível com suas propostas pedagógicas. A carga horária média de otorrinolaringologia representou 0,6% da carga horária total média dos cursos analisados. No entanto, não há um padrão de carga horária mínima necessária. O que se pode afirmar é que são relevantes os conhecimentos e habilidades que a experiência com as afecções comuns de nariz, ouvido e garganta podem proporcionar na formação de um médico generalista que deve estar preparado para atuar em atenção primária.

Conclui-se, assim, que a formação curricular da otorrinolaringologia na graduação não vem preparando o aluno com a competência que a prática clínica demanda. Por se tratar de especialidade eminentemente prática, esperava-se que, durante os anos de internato, houvesse maior contato com a especialidade (SWENSSON, 2013).

1.4 Treinamento educacional baseado em competências

O treinamento educacional baseado em competências foi introduzido na formação dos professores na década de 1960, em resposta à demanda por treinamento mais relevante e focado em resultados. Porém, o marco da educação médica baseada em competências foi a publicação do relatório da Organização Mundial de Saúde, em 1978, que utilizou esse termo para garantir que a formação dos profissionais de saúde pudesse atender as necessidades da saúde da população local e regional, ou seja, garantir a formação de profissional de saúde que pudesse praticar medicina em nível definido de proficiência, de acordo com as condições locais e para atender as necessidades locais (FRANK *et al.*, 2010, 2017).

Embora a educação médica baseada em competências tenha sido proposta há mais de 50 anos, somente nos últimos anos ela obteve destaque. Esse interesse particular pode ser explicado pelos seguintes argumentos recentes, normalmente recorrentes na literatura, em torno de quatro temas abrangentes: foco nos resultados, ênfase nas habilidades, redução da ênfase do treinamento baseado no tempo e promoção do ensino centrado no aluno (FRANK *et al.*, 2010). Epstein e Hundert (2002) definiram competência profissional, a partir de ampla revisão da literatura, como o uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento, do raciocínio, da capacidade de integração de dados, habilidade técnica, emoções, capacidade reflexiva e capacidade de se manter atualizado. Elementos dos quais o médico lança mão para servir a pessoas e comunidades que dele necessitem.

A inconsistência na definição e estruturação das competências, bem como a falta de abordagem e linguagem padronizadas em relação às mesmas, dificultam sua adoção universal na educação (HAWKINS *et al.*, 2015). A educação baseada em competências visa níveis padronizados de proficiência, objetivando garantir que todos os alunos alcancem determinado nível de proficiência na conclusão do treinamento (TEN CATE, 2005). Portanto, as competências podem ser consideradas habilidades ou capacidades e são as unidades organizadoras do currículo médico baseado em competências (ALBANESE *et al.*, 2008). Um currículo baseado em competências começa com os resultados a serem alcançados, assim sendo, são definidas as habilidades que devem ser desenvolvidas pelos alunos. Em seguida, definem-se marcos, métodos instrucionais e ferramentas de avaliação para facilitar a sua aquisição pelos alunos (FRANK *et al.*, 2010).

O trabalho holandês que estabeleceu o nível de competência dos alunos egressos do curso de medicina recomendou que os médicos recém-formados sejam capazes de demonstrar as competências básicas na prática, possuindo conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais, lidando adequadamente com problemas que envolvam altos níveis de complexidade. Nesse estudo, as competências foram estabelecidas em níveis que deverão ser alcançados pelos graduandos de medicina, como demonstrado no Quadro 1, determinando que os mesmos devam possuir, no mínimo, o nível II de competência no domínio das questões relacionadas ao processo de saúde e doenças preconizados. No entanto, dependendo das especificidades e destaques dos programas de treinamento de cada faculdade, serão alcançados níveis de competências mais altos. (LAAN; LEUNISSEN; VAN HERWAARDEN, 2010).

Quadro 1 - Definição dos níveis de competência

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	DESCRIÇÃO
1	Possui conhecimento e compreensão dos ramos da ciência relevantes para a medicina. Demonstra em situações padronizadas que possui habilidades relevantes a medicina. Possui habilidades básicas necessárias ao comportamento profissional.
2	Possui conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais integrados; com abordagem adequada das questões de doença e saúde incorporadas nessa estrutura; demonstrando essa competência em treinamentos de situações contextualizadas.
3	Realiza adequadamente atividades profissionais definidas nas competências dos médicos em treinamentos específicos ou situações profissionais simuladas.
4	Realiza, adequadamente e de forma independente, as atividades profissionais definidas nas competências dos médicos em situações profissionais autênticas. Recebe instruções prévias específicas por um praticante experiente.
5	Realiza, adequadamente e de forma independente, as atividades profissionais definidas nas competências dos médicos em situações profissionais autênticas. Um praticante experiente é disponibilizado em <i>stand-by</i> , fornecendo supervisão após o evento.

Fonte: Laan; Leunissen; Van Herwaarden (2010).

Ao revisar a literatura sobre competências mínimas que envolvem aspectos da otorrinolaringologia, não se encontraram consensos estabelecidos. Algumas situações, como perda auditiva neurossensorial súbita, apneia do sono e trauma nasal, parecem não estar

contempladas de maneira uniforme. Quanto às habilidades específicas, encontram-se deficiências em vertigem posicional paroxística benigna e epistaxe. (SWENSSON, 2013).

Nesse cenário da formação profissional no Brasil, considerando o campo de atuação, formação do médico generalista e relevância das afecções otorrinolaringológicas, se faz necessário estabelecer as competências em otorrinolaringologia necessárias ao médico para atuação satisfatória na atenção primária, que vem se tornando protagonista no cenário atual, sendo foco das políticas públicas e das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a grande frequência das afecções otorrinolaringológicas na atenção primária à saúde, a sobrecarga da atenção secundária nessa especialidade e que menos de 1% de carga horária total média nos currículos das escolas médicas é destinada à otorrinolaringologia, observa-se a necessidade de estabelecer um currículo mínimo de conteúdos e competências relacionadas à especialidade, com o objetivo de preparar o recém-formado para o atendimento dessas afecções.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir consenso sobre as competências em otorrinolaringologia necessárias ao médico generalista egresso da faculdade para atuação na atenção primária.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar condições e doenças relacionadas à otorrinolaringologia que devem ser ensinadas nos cursos de graduação em medicina.

- b) Definir o nível de competência que os médicos generalistas e egressos do curso de medicina devem ter em relação aos conhecimentos otorrinolaringológicos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

O estudo utilizou da metodologia Delphi, que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas separados geograficamente, levando a resultados densos sobre temáticas complexas e abrangentes (LINSTONE; TUROFF, 2015). Segundo Marques e Freitas (2018), a obtenção de consenso não é sempre possível, pois, ao contrário de outros métodos de planejamento e previsão, o objetivo do Delphi não é apenas chegar a uma resposta única ou a um consenso, mas obter o maior número de respostas e opiniões de extrema qualidade, de um grupo de especialistas, de modo a respaldar tomadas de decisões. Na literatura consultada, encontram-se descritos três tipos de estudos Delphi: convencional, normativo e *Policy Delphi*.

O Delphi convencional busca a opinião de um grupo sobre determinado assunto. O normativo, foca na identificação e no estabelecimento de objetivos e prioridades. O *Policy Delphi*, por sua vez, procura gerar pontos de vista opostos sobre determinado assunto, normalmente envolvendo políticas e sua implementação (YOUSUF, 2007).

Em todas as tipologias descritas existe um núcleo de características comuns, que definem e distinguem essa técnica das outras, sendo elas: anonimato, *feedback* das contribuições individuais, construção e apresentação da resposta do grupo como um todo, possibilidade de revisão e alteração das respostas (LINSTONE; TUROFF, 2015). No presente estudo, foi utilizada a metodologia Delphi no formato eletrônico (GIOVINAZZO, 2001; LOURES, 2002), mantendo-se os preceitos básicos da metodologia original: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação das rodadas subsequentes, que ocorreram até o consenso ser alcançado (BLACK, 2009).

O cálculo do número de especialistas encontrado na literatura é muito variado, mas os estudos indicam que um número ótimo deles não deve ser inferior a 10, pois compromete os resultados, em termos de consenso efetivo e relevância das informações obtidas. No entanto, um número muito elevado gera uma quantidade enorme de dados e torna a administração e a

análise muito complexas, além de não proporcionar a produção de novas ideias (MARQUES; FREITAS, 2018).

Em um Grupo Delphi, o mais importante é o equilíbrio das participações, representado pela miríade de pontos de vista, expertises e interesses no contexto (BLOOR *et al.*, 2015). O número ideal de participantes, de acordo com a literatura, varia de 15 a 30 especialistas (DIAMOND *et al.*, 2014; DE VILLIERS; DE VILLIERS; KENT, 2005). Estudos apontam que entre 10 e 18 especialistas é o quantitativo mais adequado para desenvolver o método (BOULKEDID *et al.*, 2011).

O trabalho de Cardoso (2016) defende que o pesquisador insira no estudo especialistas que tenham alto grau de competência referente ao tema de interesse, possibilitando que eles pertençam a qualquer região, organização, formação e contexto sociopolítico. A heterogeneidade entre os especialistas contribui para garantir a confiabilidade dos resultados, pois evita a origem de subgrupos homogêneos, que podem inviabilizar os resultados, propiciando, também, a coesão de conceitos e visões entre especialistas e, conseqüentemente, a interação de conhecimentos e visões de origem de diversos setores e organizações. A diversidade de especialistas com conhecimento sobre o tema agrega conhecimento ao estudo, através das respostas e pelos próprios procedimentos metodológicos adotados nas rodadas, que permitem a reformulação e o aprimoramento das questões formuladas, incorporando o esforço de reflexão e as opiniões dos especialistas nos temas tratados. Assim, o método atende às expectativas de um estudo em rede, ao invés de estudos de características hierárquicas.

4.2 Participantes

A amostra selecionada foi do tipo não probabilística, realizada por conveniência, definida por acessibilidade, notório saber e interesse pelo tema dentro do território nacional, através de contatos interpessoais. Foi composta por 20 médicos, 10% a mais do máximo sugerido por Boulkedid *et al.* (2011), visando minimizar impactos negativos de possíveis perdas ao longo das rodadas de perguntas e respostas previstas no processo do método Delphi. Desses profissionais, sete são especialistas em Medicina de Família e Comunidade; seis são médicos generalistas, com experiência em Clínica Médica e/ou experiência comprovada na atenção primária e sete são otorrinolaringologistas.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- a) otorrinolaringologistas - membros da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, todos devidamente titulados e registrados como especialistas no Conselho Regional de Medicina, obedecendo ao critério mínimo de 5 anos de experiência e atuação na área, podendo ser docente ou não;
- b) especialistas em Medicina da Família e Comunidade - membros da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, todos devidamente titulados e registrados como especialistas no Conselho Regional de Medicina, obedecendo ao critério mínimo de 5 anos de experiência e atuação na área, podendo ser docente ou não; e
- c) médicos generalistas - atuantes no sistema único de saúde com, no mínimo, 4 anos de formado, com experiência em Clínica Médica e/ou experiência comprovada na atenção primária.

Foram excluídos do estudo os especialistas em Medicina da Família e Comunidade, médicos generalistas e otorrinolaringologistas que não aceitaram fazer parte do Trabalho. Além disso, também foram excluídos especialistas que não possuíam título conferido pelo Ministério da Educação ou pela Associação Médica Brasileira, ou com experiência na área inferior há cinco anos e os médicos generalistas com menos de quatro anos de formados.

4.3 Coleta e análise de dados

O trabalho foi iniciado com o envio do questionário online, criado através da plataforma *Google Forms*. O instrumento abordava, através de afirmativas, as competências otorrinolaringológicas pertinentes à prática clínica dos médicos da atenção primária, tendo em vista o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015). O referido currículo é fruto do trabalho de um ano com a participação de dezenas de especialistas com experiência no tema no Brasil e no exterior.

O processo de construção do currículo foi dividido em quatro etapas. A primeira etapa contou com a presença de um grupo de consultores canadenses vinculados à Universidade de Toronto e um grupo de especialistas brasileiros com atuação e formação em Medicina de Família e

Comunidade. O produto dessa oficina, que durou cinco dias, foi compilado, organizado e padronizado em formato de planilhas divididas por campos e áreas de competência. A segunda etapa consistiu na revisão do conteúdo, utilizando a metodologia Delphi, e contou com a participação de especialistas com experiência e formação médica. Ao final das rodadas de revisão sequencial, o material foi novamente compilado e organizado. A terceira etapa possibilitou uma consulta pública, de modo que o material resultante da oficina e das revisões foi disponibilizado ao público e colocado em consulta durante todo o mês de dezembro de 2014. A quarta etapa facilitou o painel com os especialistas, contando com um grupo de especialistas na área, com experiência em formação médica em Medicina de Família e Comunidade. Essa última etapa foi destinada a avaliar as contribuições decorrentes da consulta pública, fazendo a revisão final do material e padronizando a linguagem utilizada.

A seleção de bibliografia basilar para o presente estudo respaldou-se na tendência atual de políticas públicas que incentivam o desenvolvimento desse nível de assistência e do movimento de inserção precoce do aluno na atenção primária. Por se tratar de documento direcionado para residência de Medicina de Família e Comunidade, na elaboração do questionário, foram consideradas as competências otorrinolaringológicas classificadas no Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade como pré-requisitos essenciais e desejáveis, descartando as competências consideradas avançadas. Após ser validado por teste piloto, respondido na presença do pesquisador por 10 médicos generalistas que não faziam parte do grupo dos especialistas selecionados para participação do trabalho, avaliou-se a aplicabilidade do questionário, tempo médio de preenchimento, dificuldade de compreensão, clareza e objetividade dos itens.

O primeiro questionário, composto por 16 itens, foi respondido individualmente pelos participantes e os resultados obtidos na primeira rodada foram analisados quantitativamente e qualitativamente pelo pesquisador e revisados por outro pesquisador, observando as tendências e as opiniões dissonantes, bem como suas justificativas. Esses dados foram sistematizados e compilados para, posteriormente, serem reenviados ao grupo, por meio de novo questionário, composto por 17 proposições, porque um item foi desmembrado em dois, conforme solicitação dos participantes. Segundo Black (2009), quando se atinge convergência nas respostas igual ou superior a 75%, considera-se que houve consenso para inclusão ou exclusão de um tópico. Embasando-se na escala de valoração tipo Likert, sugerida por Grisham (2009), que vai de 1 (discordância máxima) a 6 (concordância máxima), utilizou-se,

neste trabalho, o critério de exclusão da proposição, quando a convergência das respostas nos números 1 e 2 foi igual ou maior que 75% e de inclusão da proposição, quando a convergência das respostas nos números 5 e 6 foi igual ou superior a 75%. As proposições que não atingiram o consenso foram reelaboradas pelo primeiro pesquisador e validadas por outro pesquisador, levando em consideração os comentários e respostas dos especialistas.

O processo se repetiu, em rodadas sucessivas, até que o consenso foi alcançado em todas as 17 proposições. Através da análise qualitativa e quantitativa dessa pesquisa, utilizando o modelo de níveis de competências retratado no trabalho de Laan, Leunissen e Van Herwaarden (2010), por se tratar de modelo mais atualizado, os pesquisadores definiram o nível de competência preconizado aos egressos do curso de medicina para cada uma das proposições do consenso.

4.4 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, os princípios de bioética foram respeitados, em concordância com a Resolução nº 510/2016, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que dispensa o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de pesquisa de opinião. Apesar da não utilização do TCLE, manteve-se o princípio da autonomia, através da concordância dos participantes com os termos expostos na carta convite, sigilo e confidencialidade, uma vez que os questionários eram anônimos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

O presente estudo foi realizado de 2019 a 2020, contou com a participação de 20 médicos de ambos os sexos, sendo 55% sexo feminino e 45% sexo masculino, com idade entre 31 e 62 anos, idade média de 40 anos. O tempo de experiência profissional variou de 4 a 38 anos, com média de 16 anos. A média do exercício da especialidade entre otorrinolaringologistas e médicos da família e comunidade foi de 12 anos, variando de 5 a 34 anos. Dentre os sete otorrinolaringologistas, seis atuavam na área da docência e/ou preceptoria, sendo um doutor, três mestres, um diretor técnico médico de clínica otorrinolaringológica em Belo Horizonte e um mestrando e membro da diretoria da Sociedade Mineira de Otorrinolaringologia.

Quanto aos médicos de Família e Comunidade, todos atuavam na área de docência e/ou preceptoria, sendo três mestres, dois integrantes da diretoria da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade e um gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Já o grupo dos médicos generalistas foi composto por gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, coordenador regional da atenção secundária no interior de São Paulo, três médicos atuantes na atenção primária, sendo o primeiro de Belo Horizonte, o segundo de Guaratinguetá (São Paulo), o terceiro do Serro (Minas Gerais) e um médico atuante na atenção terciária e preceptoria de Clínica Médica do mesmo hospital.

5.2 Análise dos dados da primeira rodada do consenso

Os 20 especialistas selecionados que aceitaram fazer parte do trabalho tiveram como instrução avaliar as competências otorrinolaringológicas abordadas nas 16 proposições do questionário. Na primeira rodada, todos os participantes responderam ao questionário e o consenso para manutenção da competência foi alcançado em seis proposições, o equivalente a 37,5%. As 10 proposições que não atingiram o consenso foram reformuladas, observando as respostas e os comentários apontados pelos participantes.

A proposição 10 foi desmembrada em duas proposições distintas, objetivando avaliar separadamente as competências de otite média crônica e otite média serosa. Não houve, entre os mesmos, sugestões de inclusão de outros itens, abordando competências diferentes das propostas pelo questionário.

Tabela 1 - Resultado da primeira rodada do consenso

ITENS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA			CONSENSO	
	Eliminar (1 e 2)	Dúvida (3 e 4)	Manter (5 e 6)	Sim	Não
1) Realizar remoção de cerume.	15%	10%	75%	X	
2) Controlar epistaxe.	10%	25%	65%		X
3) Remover corpo estranho de ouvido.	25%	30%	45%		X
4) Solicitar e interpretar audiometria.	35%	30%	35%		X
5) Encaminhar casos de presbiacusia para adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).	40%	15%	45%		X
6) Saber orientar e conduzir <i>tinnitus</i> .	25%	40%	35%		X
7) Realizar ação preventiva relacionada ao câncer de orofaringe.	0%	10%	85%	X	
8) Realizar otoscopia e saber identificar uma perfuração de membrana timpânica.	0%	10%	90%	X	
9) Saber diferenciar e tratar otite média aguda e otite externa.	0%	5%	95%	X	
10) Saber diagnosticar e conduzir otite serosa e otite média crônica.	20%	50%	30%		X
11) Conhecer os principais tipos de labirintopatias, saber diagnosticá-las e tratá-las.	15%	45%	40%		X
12) Identificar hipertrofia de adenoide e/ou amígdala.	0%	25%	75%	X	
13) Diagnosticar e tratar as rinites.	5%	30%	65%		X
14) Diagnosticar desvio de septo nasal obstrutivos.	10%	40%	50%		X
15) Diagnosticar e tratar rinossinusites agudas.	0%	10%	90%	X	
16) Diagnosticar as rinossinusites crônicas.	15%	40%	45%		X

Fonte: Elaborada pela autora.

Na proposição 2, controlar epistaxe, os participantes ressaltaram a importância de saber avaliar e diferenciar os quadros de epistaxe, ponderando que, se o sangramento for volumoso, é necessário encaminhamento para o serviço de urgência/emergência para intervenção

imediate. Outra situação, também observada pelos participantes quanto à necessidade de avaliação e intervenção especializada, levou em consideração os casos de sangramentos nasais recorrentes.

Na proposição 3, remover corpo estranho de ouvido, os participantes ressaltaram a importância do acesso ao material necessário para a realização do procedimento, além de realizarem considerações em relação ao tipo e à localização do corpo estranho e às condições clínicas do conduto auditivo externo. Consideraram pertinente a remoção de corpo estranho pequeno em conduto auditivo íntegro e sem sinais de otite externa, passível de remoção com a lavagem do conduto auditivo externo.

Na proposição 4, solicitar e interpretar audiometria, um participante ressaltou que a atribuição de interpretar a audiometria é muito específica e dois participantes alegaram que cabe ao médico generalista solicitar a audiometria e interpretá-la, baseando-se no laudo para, então, encaminhar o paciente ao especialista.

Na proposição 5, encaminhar casos de presbiacusia para adaptação de AASI, os participantes ressaltaram que a avaliação da presbiacusia e os critérios para uso do aparelho de amplificação sonora individual são muito específicos, sendo necessário encaminhamento ao otorrinolaringologista para estabelecimento do diagnóstico e encaminhamento para uso de aparelho auditivo.

Um participante defendeu a importância da proposição 6, relacionada a saber orientar e conduzir *tinnitus*, por se tratar de uma condição muito frequente na população, mas ressaltou os baixos índices de resposta ao tratamento. Outro participante defendeu a importância do médico generalista saber orientar corretamente os pacientes com *tinnitus*, mesmo que, muitas vezes, seja necessário auxílio do especialista na condução desses casos.

Na proposição 10, saber diagnosticar e conduzir otite serosa e otite média crônica, um participante defendeu a importância de estabelecer o diagnóstico, mas ponderou que a condução da otite média crônica deve ser feita pelo especialista, devido à complexidade e à necessidade cirúrgica em muitos casos. Outros especialistas sugeriram que as competências de otite média serosa e otite média crônica devem ser avaliadas separadamente. Assim, essas competências passaram a ser avaliadas, no segundo questionário, em proposições distintas.

Em relação à proposição 11, referente a conhecer os principais tipos de labirintopatias, saber diagnosticá-las e tratá-las, um participante defendeu a importância do conhecimento sobre o tema e o estabelecimento correto do diagnóstico das vertigens mais comuns, no entanto, acredita que casos complexos ou refratários ao tratamento devem ser conduzidos pelo especialista.

Nas proposições 13 e 14, diagnosticar e tratar as rinites e diagnosticar desvio de septo nasal obstrutivos, respectivamente, embora não tenham sido alcançados índices para consenso, não houve comentários ou sugestões dos participantes sobre as competências avaliadas.

Na proposição 16, diagnosticar as rinossinusites crônicas, um participante ressaltou a dificuldade propedêutica no estabelecimento do diagnóstico, pela limitação de acesso a exames complementares, como a tomografia computadorizada, em alguns municípios brasileiros.

5.3 Análise dos dados da segunda rodada do consenso

18 especialistas dos 20 participantes iniciais responderam ao segundo questionário. Entre os dois especialistas que não responderam ao segundo questionário, um era otorrinolaringologista e o outro médico de família e comunidade.

O segundo questionário apresentava 11 competências otorrinolaringológicas e manteve as mesmas instruções do primeiro questionário. O consenso para manutenção da competência foi alcançado em cinco proposições, o equivalente a 45,5% do questionário. As seis proposições que não atingiram consenso foram reformuladas, observando as respostas e os comentários apontados pelos participantes.

Tabela 2 - Resultado da segunda rodada do consenso

ITENS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA (%)			CONSENSO	
	Eliminar (1 e 2)	Dúvida (3 e 4)	Manter (5 e 6)	Sim	Não
1) Abordagem inicial no controle da epistaxe; devendo encaminhar o paciente para o serviço especializado, se epistaxe volumosa ou refratária.	0%	5,6%	94,4%	X	
2) Saber avaliar corpo estranho de ouvido, removendo, na unidade do Programa Saúde da Família (PSF), os casos em que o corpo estranho saia com facilidade, ao lavar o conduto auditivo externo, e encaminhado os casos em que haja lacerações importantes de conduto auditivo externo e/ou o corpo estranho seja de difícil remoção.	0%	11,2%	88,8%	X	
3) Solicitar audiometria e saber fazer a triagem inicial, diferenciando as patologias que podem ser acompanhadas pelo médico do PSF das que devem ser encaminhadas para avaliação especializada.	28%	16,7%	55,3%		X
4) Saber avaliar, através da audiometria, as características típicas da presbiacusia e encaminhar os pacientes que preenchem esses critérios para a adaptação de AASI.	55,3%	16,7%	28%		X
5) Orientar e tratar pacientes com <i>tinnitus</i> , encaminhando os casos refratários ao tratamento e/ou aqueles em que haja suspeita de lesão retrococlear.	22,2%	22,2%	55,6%		X
6) Fazer diagnóstico de otite média crônica para, então, encaminhar corretamente para a atenção especializada.	5,6%	22,2%	72,2%		X
7) Saber diagnosticar os casos de otite média serosa para, então, encaminhar os adultos para melhor investigação e as crianças refratárias aos 3 meses do tratamento clínico.	22,2%	22,2%	55,6%		X
8) Conhecer os principais tipos de labirintopatias, sabendo tratar as mais simples e encaminhando as mais complexas ou refratárias ao tratamento para o especialista.	0%	16,7%	83,3%	X	
9) Saber diagnosticar as rinites para, então, tratar na unidade PSF os casos de rinite intermitente/ persistente leve e encaminhar os casos de rinite persistente moderada/grave.	0%	5,6%	94,4%	X	
10) Saber diferenciar desvio de septo nasal obstrutivo dos desvios de septo nasal leves e não obstrutivos. Devendo encaminhar ao especialista somente os casos de desvio septal obstrutivos.	50%	16,7%	33,3%		X
11) Fazer diagnóstico de rinossinusite crônica, para, então, encaminhar corretamente para a atenção especializada.	5,6%	16,7%	77,7%	X	

Fonte: Elaborada pela autora.

Na proposição 3, solicitar audiometria e saber fazer a triagem inicial, um participante ressaltou que a interpretação da audiometria é uma atribuição muito específica; outro especialista salientou que os médicos generalistas não receberam, na graduação, o treinamento adequado para estabelecer diagnósticos diferenciais das perdas auditivas.

Quanto à proposição 4, saber avaliar, através da audiometria, as características típicas da presbiacusia e encaminhar os pacientes que preenchem critérios para a adaptação de AASI, os participantes ressaltaram que se tratava de uma atribuição muito específica. Desse modo, refletiram sobre a necessidade de encaminhamento ao otorrinolaringologista para estabelecimento do diagnóstico e dos critérios para uso de aparelho auditivo.

Na proposição 5, relacionada à orientação e ao tratamento dos pacientes com *tinnitus*, um participante ressaltou que o diagnóstico diferencial de doenças cocleares e retrococleares é atribuição específica, sendo de competência do generalista a avaliação inicial; o tratamento de comorbidades e o acompanhamento, após diagnóstico diferencial, da programação terapêutica proposta pelo especialista.

Na proposição 6, fazer diagnóstico de otite média crônica para, então, encaminhar corretamente para a atenção especializada, um participante ressaltou a importância do generalista conhecer a doença, os sinais e sintomas da otite média crônica, para suspeitar do diagnóstico, quando tiver anamnese e exame físico compatíveis. Outro participante ponderou sobre a dificuldade do acesso à tomografia computadorizada na atenção primária, em alguns municípios. Também foi salientado, por um especialista, que a dificuldade apresentada pelo generalista na otoscopia pode ser um fator que compromete o diagnóstico.

A proposição 7 está relacionada à necessidade de saber diagnosticar os casos de otite média serosa para encaminhamento dos adultos, para melhor investigação, e das crianças refratárias aos 3 meses do tratamento clínico. Em relação a essa proposição, um participante ressaltou a importância do generalista conhecer a doença, os sinais e os sintomas da otite média serosa, para suspeitar do diagnóstico, quando tiver anamnese e exame físico compatíveis. Outro especialista salienta que a dificuldade apresentada pelo generalista na otoscopia pode ser um fator que compromete o diagnóstico.

Na proposição 10, saber diferenciar desvio de septo nasal obstrutivo dos desvios de septo nasal leves e não obstrutivos, um participante defendeu que a avaliação do grau e do comprometimento funcional do desvio de septo nasal é atribuição muito específica para ser realizada pelo médico generalista.

5.4 Análise dos dados da terceira rodada do consenso

19 especialistas dos 20 participantes iniciais participaram da terceira rodada, o participante que não respondeu era médico de família e comunidade. O terceiro questionário abordava seis competências otorrinolaringológicas e manteve as mesmas instruções do questionário anterior. O consenso foi alcançado em três proposições para manutenção da competência, o equivalente a 50% do questionário. As três proposições que não atingiram consenso estabelecido pelo índice de concordância foram reformuladas, observando as respostas e os comentários apontados pelos participantes.

Tabela 3 - Resultado da terceira rodada do consenso

ITENS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA (%)			CONSENSO	
	Eliminar (1 e 2)	Dúvida (3 e 4)	Manter (5 e 6)	Sim	Não
1) Solicitar audiometria, saber avaliar e identificar, com o auxílio do laudo do exame, os casos que necessitam de investigação e acompanhamento especializado.	5,3%	36,9%	57,8%		X
2) Saber identificar, com o auxílio do laudo da audiometria, os casos típicos de presbiacusia que preenchem os critérios para adaptação de AASI.	36,9%	5,3%	57,8%		X
3) Orientar e avaliar clinicamente os pacientes com <i>tinnitus</i> , descartando distúrbios endócrino-metabólicos, tratando as comorbidades e solicitando avaliação auditiva, encaminhando para atenção secundária os casos refratários as intervenções iniciais e/ou aqueles que necessitem de investigação e tratamento especializado.	21%	15,8%	63,2%		X
4) Conhecer sobre a doença para suspeitar do diagnóstico de otite média crônica em pacientes que apresentarem anamnese e exame físico compatíveis, encaminhando para a atenção especializada para estabelecimento de diagnóstico e tratamento.	5,3%	15,8%	78,9%	X	

Continua

5) Conhecer sobre a doença para suspeitar do diagnóstico de otite média serosa em crianças e adultos que apresentarem anamnese e exame físico compatíveis, encaminhando para avaliação e conduta especializada.	5,3%	10,8%	83,9%	X
6) Conhecer os sinais e sintomas causados pelo desvio de septo nasal obstrutivo, encaminhando os pacientes com anamnese e exame físico compatíveis para avaliação e conduta especializada.	0%	16,1%	83,9%	X

Fonte: Elaborada pela autora.

A proposição 1 diz respeito à necessidade de solicitar audiometria, saber avaliar e identificar, com o auxílio do laudo do exame, os casos que necessitam de investigação e acompanhamento especializado. Nesse sentido, os participantes ressaltaram que os médicos generalistas não receberam, na graduação, treinamento adequado para estabelecer diagnósticos diferenciais e realizar tratamento das perdas auditivas.

Em relação à proposição 2, saber identificar, com o auxílio do laudo da audiometria, os casos típicos de presbiacusia que preenchem os critérios para adaptação de AASI, os participantes ressaltaram que se trata de atribuição muito específica. Eles salientam que os médicos generalistas não receberam, na graduação, treinamento adequado para estabelecer diagnóstico de presbiacusia, sendo necessário encaminhamento ao otorrinolaringologista para estabelecimento do diagnóstico e dos critérios para uso de aparelho auditivo.

A proposição 3 relaciona-se à necessidade de orientar e avaliar clinicamente os pacientes com *tinnitus*, descartando distúrbios endócrino-metabólicos, tratando as comorbidades, solicitando avaliação auditiva e encaminhando para atenção secundária os casos refratários as intervenções iniciais e/ou aqueles que necessitem de investigação e tratamento especializado. Sobre essa proposição, os participantes defendem a importância de conhecer e saber conduzir os casos mais comuns de *tinnitus*, mas ressaltaram os baixos índices de resposta ao tratamento e as limitações propedêuticas enfrentadas pelos médicos em alguns municípios. Outros especialistas defendem que os médicos generalistas não receberam, na graduação, treinamento adequado para estabelecer diagnóstico e que necessitam de auxílio especializado, levando em consideração o alto índice de refratariedade ao tratamento inicial.

5.5 Análise dos dados da quarta rodada do consenso

18 especialistas dos 20 participantes iniciais selecionados participaram da quarta rodada, entre os participantes que não responderam, um era otorrinolaringologista e o outro médico de família e comunidade. A quarta rodada abordava três competências otorrinolaringológicas e manteve as mesmas instruções do questionário anterior. O consenso para manutenção da competência foi alcançado em duas proposições, o equivalente a 66,6%. A proposição que não atingiu o consenso estabelecido pelo índice de concordância foi reformulada, observando as respostas do questionário quatro e os comentários apontados pelos especialistas nos questionários anteriores, uma vez que nenhum participante manifestou opinião nova e diferente das explicitadas anteriormente.

Tabela 4 - Resultado da quarta rodada do consenso

ITENS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA (%)			CONSENSO	
	Eliminar (1 e 2)	Dúvida (3 e 4)	Manter (5 e 6)	Sim	Não
1) Solicitar audiometria, encaminhar para o especialista os casos alterados para investigação, estabelecimento do diagnóstico e programação terapêutica.	5,6%	16,7%	77,7%	X	
2) Solicitar audiometria, encaminhar para o especialista os casos suspeitos de presbiacusia, para confirmação diagnóstica e estabelecimento dos critérios para adaptação de AASI.	11,2%	22,2%	66,6%		X
3) Orientar e avaliar clinicamente os pacientes com <i>tinnitus</i> , descartando distúrbios endócrino-metabólicos e tratando as comorbidades. Sendo responsabilidade do especialista a avaliação auditiva, o estabelecimento do diagnóstico e a programação terapêutica.	0,0%	16,7%	83,3%	X	

Fonte: Elaborada pela autora.

5.6 Análise dos dados da quinta rodada do consenso

18 especialistas dos 20 participantes iniciais responderam à quinta rodada, os dois participantes que não responderam eram médicos de família e comunidade. O quinto questionário abordava uma competência otorrinolaringológica e manteve as mesmas instruções do questionário anterior. O consenso para manutenção da competência foi alcançado na proposição, equivalente a 100% do questionário.

Desta feita, após atingido o consenso em todas as proposições das competências otorrinolaringológicas pertinentes ao médico generalista propostas nesse trabalho, as rodadas de perguntas e respostas foram encerradas, após a análise do quinto questionário.

Tabela 5 - Resultado da quinta rodada do consenso

ITENS	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA (%)			CONSENSO	
	Eliminar (1 e 2)	Dúvida (3 e 4)	Manter (5 e 6)	Sim	Não
1) O médico generalista da atenção primária deve conhecer sobre a doença para suspeitar do diagnóstico de presbiacusia e solicitar a avaliação auditiva para os pacientes com anamnese, sinais e sintomas compatíveis; devendo encaminhar para atenção secundária para estabelecimento do diagnóstico e dos critérios para adaptação de AASI pelo especialista.	5,6%	11,2%	83,2%	X	

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7 Resultado final do consenso

Realizou-se, dessa forma, cinco rodadas, sendo o primeiro questionário enviado em novembro de 2019; o segundo, em fevereiro de 2020; o terceiro, em março de 2020; o quarto, em abril de 2020 e o quinto, em maio de 2020. Respeitou-se o tempo médio de vinte dias entre o envio do questionário e a obtenção das respostas, exceto para o primeiro questionário, que teve um tempo médio de 60 dias.

O desenvolvimento da análise qualitativa, quantitativa e a reelaboração dos itens pelo pesquisador, assim como a revisão do conteúdo e a certificação do processo por outro pesquisador, das cinco rodadas dos questionários, realizaram-se em um tempo médio de 10 a 15 dias por rodada. Não houve predominância de nenhum dos três grupos de convidados, ocorrendo equidade entre as manifestações de opiniões e participações dos representantes de cada grupo.

Tabela 6 - Consenso das competências otorrinolaringológicas

COMPETÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA PARA INCLUSÃO	RODADA DO CONSENSO
1) Realizar remoção de cerume na atenção primária.	75,0%	Primeira
2) Avaliar corpos estranhos de ouvido e remover os que são factíveis com a lavagem de conduto auditivo externo. Encaminhar para assistência especializada os casos com lacerações importantes de conduto auditivo externo e/ou o corpo estranho de difícil remoção.	88,0%	Segunda
3) Conhecer os principais tipos de labirintopatias e saber tratar as mais simples. Encaminhar para a atenção secundária as mais complexas ou refratárias ao tratamento proposto na atenção primária.	83,3%	Segunda
4) Orientar e avaliar clinicamente os pacientes com <i>tinnitus</i> , descartando distúrbios endócrino-metabólicos e tratando as comorbidades na atenção primária. Sendo responsabilidade do especialista a avaliação auditiva, o estabelecimento do diagnóstico e a programação terapêutica.	83,3%	Quarta
5) Realizar ação preventiva relacionada ao câncer de orofaringe na atenção primária.	85,0%	Primeira
6) Realizar a abordagem inicial do controle da epistaxe. Encaminhar o paciente para o serviço especializado nos casos de epistaxe volumosa ou refratária.	94,4%	Segunda
7) Realizar otoscopia e saber identificar perfuração da membrana timpânica.	90,0%	Primeira
8) Saber diferenciar e saber tratar otite média aguda e otite externa.	90,0%	Primeira
9) Solicitar audiometria na atenção primária. Encaminhar para o especialista os casos alterados, para investigação, estabelecimento do diagnóstico e programação terapêutica.	77,7%	Quarta
10) Conhecer sobre a clínica, sinais e sintomas da presbiacusia, suspeitar do diagnóstico e solicitar a avaliação auditiva. Encaminhar para o especialista, para estabelecimento do diagnóstico e dos critérios para adaptação de AASI.	83,2%	Quinta
11) Identificar hipertrofia de adenoide e/ou amígdala.	75,0%	Primeira
12) Diagnosticar e tratar rinossinusites agudas.	90,0%	Primeira
13) Saber diagnosticar as rinites e saber tratar os casos de rinite intermitente e persistente leve. Encaminhar para atenção secundária os casos de rinite persistente moderada e grave.	94,4%	Segunda
14) Fazer diagnóstico de rinossinusite crônica. Encaminhar para atenção secundária, para confirmação diagnóstica e tratamento.	77,7%	Segunda
15) Conhecer sobre a clínica, sinais e sintomas da otite média crônica. Encaminhar os casos suspeitos para a atenção secundária, para confirmação de diagnóstico e tratamento.	78,9%	Terceira

Continua

16) Conhecer sobre a clínica, sinais e sintomas da otite média serosa em crianças e adultos. Encaminhar ao especialista os casos suspeitos, para confirmação do diagnóstico e tratamento.	83,9%	Terceira
17) Conhecer sobre a clínica, sinais e sintomas do desvio de septo nasal obstrutivo. Encaminhar para avaliação especializada os pacientes com anamnese e exame físico compatíveis, para diagnóstico e conduta.	83,9%	Terceira

Fonte: Elaborada pela autora.

5.8 Definição do nível de competência

A análise qualitativa e quantitativa dos resultados desta pesquisa, realizada individualmente por dois dos pesquisadores, foi executada em duas etapas. O primeiro pesquisador elaborou um esboço dos níveis de competência que, posteriormente, foi contraposto e validado pelo segundo pesquisador, possibilitando a definição final do nível de competência preconizada para os egressos do curso de medicina, com relação aos conteúdos otorrinolaringológicos contemplados no consenso, conforme definido por Laan, Leunissen e Van Herwaarden (2010).

Quadro 2 - Definição dos níveis de competência em Otorrinolaringologia para egressos de cursos de Medicina

Competência Otorrinolaringológica	Nível de Competência
Realizar controle inicial de epistaxe.	2
Suspeitar das principais hipóteses diagnósticas das labirintopatias.	2
Suspeitar das principais hipóteses diagnósticas de <i>tinnitus</i> .	2
Suspeitar dos principais diagnósticos de perdas auditivas.	2
Suspeitar do diagnóstico da presbiacusia.	2
Suspeitar do diagnóstico da rinosinusite crônica.	2
Suspeitar do diagnóstico da otite média crônica.	2
Suspeitar do diagnóstico de otite média serosa em crianças e adultos.	2
Suspeitar do diagnóstico de obstrução nasal secundária ao desvio septal.	2
Realizar remoção de cerume.	3
Realizar remoção de corpo estranho de ouvido.	3
Realizar avaliação preventiva relacionada ao câncer de orofaringe.	3
Estabelecer diagnóstico de obstrução de via aérea superior secundário a hipertrofia de adenoide e/ou amígdala.	3
Tratar comorbidades e disfunções endocrinometabólicas dos pacientes com tontura e <i>tinnitus</i> .	3

Continua

Realizar otoscopia.	4
Estabelecer diagnóstico e tratar obstrução nasal secundária ao processo inflamatório causado pela rinite intermitente e persistente leve.	4
Estabelecer diagnóstico e tratar otite média aguda.	4
Estabelecer diagnóstico e tratar otite externa.	4
Estabelecer diagnóstico e tratar rinossinusite aguda.	4

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

Este estudo propôs a elaboração de consenso, pelo método de Delphi, das competências em otorrinolaringologia necessárias ao médico generalista para atuação na atenção primária. Na formação de um Grupo Delphi, o fator de maior relevância é o equilíbrio das participações e não o tamanho, representado pela miríade de pontos de vista, expertises e interesses no contexto (BLOOR *et al.*, 2015). Foram selecionados 20 especialistas, mantendo o equilíbrio quantitativo dos participantes de cada grupo. Não houve privilégio de nenhum grupo, ocorrendo equidade entre as manifestações de opiniões e participações dos representantes de cada grupo.

Em relação ao papel das afecções do âmbito da otorrinolaringologia, há uma grande disparidade entre a carga curricular na escola médica e a importância desses problemas para o aluno de graduação, que se espera possa atuar como médico generalista. Patrocínio (2002), em relação ao currículo otorrinolaringológico, citou haver situação inversa entre o tempo utilizado estudando uma doença em particular e sua incidência na população em geral, além de haver declínio do tempo dedicado à disciplina de otorrinolaringologia, em contraste com o aumento do conhecimento das doenças. Wu, Passy e Armstrong (2011) enfatizam a necessidade de o médico generalista possuir competência no exame físico de cabeça e pescoço, pela grande proporção de problemas relacionados à otorrinolaringologia na atenção primária. Embora a graduação médica não tenha o intuito de proporcionar formação especializada, o que cabe aos programas de residência médica, existe a necessidade de um preparo adequado na graduação, para que os egressos do curso saibam lidar com situações que podem corresponder a 50% das queixas apresentadas pela população pediátrica na atenção primária (BENGUIGUI, 1998).

A função da matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível, de modo a apresentar o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar. Considerando-se a essencialidade do que está na matriz, a recursividade no ensino é o que estrutura e garante, de certa forma, atingir as expectativas de modo processual e continuado. Por isso, os domínios e subdomínios da formação do médico precisam ser permanentemente revisitados, em diferentes contextos de ocorrência e de complexidade, em termos de exigências de relações, de reflexão e de argumentação.

As matrizes curriculares, em geral, não conseguem apresentar, com clareza, os conteúdos prioritários no processo de formação profissional. Dessa forma, torna-se difícil para os estudantes diferenciar o que é central do que é secundário, uma vez que os docentes também encontram dificuldades para estabelecer prioridades em seus planos de ensino (GONTIJO, 2013). Não obstante, através do estabelecimento do consenso, torna-se possível identificar condições e doenças relacionadas à otorrinolaringologia que deverão ser abordadas e destacadas durante a graduação, direcionando o processo de aprendizagem do aluno para os temas mais relevantes e comuns na prática médica.

O estudo de Guerra (2006) avaliou a capacidade resolutiva e a validade diagnóstica em doenças otorrinolaringológicas na atenção primária. Foram avaliadas 408 crianças de Belo Horizonte, com doença em ouvido, nariz ou garganta, no período de março de 2004 a maio de 2005. As doenças consideradas nesse estudo foram: otite externa, otite média (aguda, recorrente, e com efusão), faringoamigdalites (recorrente e crônica), rinossinusite (aguda, recorrente e crônica), rinite alérgica e hipertrofia de amígdala e adenoide. Essas crianças foram examinadas, inicialmente, na atenção primária e encaminhadas para a atenção secundária, onde foram novamente examinadas. Comparou-se o diagnóstico das doenças otorrinolaringológicas mais comuns na atenção primária em relação ao diagnóstico referência, estabelecido na atenção secundária, para o mesmo paciente em questão. Os diagnósticos mais frequentes foram: rinite alérgica (35,3%), otite média crônica (33,8%), faringoamigdalite recorrente (22,7%), hipertrofia de adenoide (19,1%), rinossinusite recorrente (13,4%), hipertrofia de amígdala (2,4%), sendo realizados 1,59 diagnóstico por criança. Na avaliação da atenção primária, a capacidade de acertar o diagnóstico do médico pediatra foi semelhante à capacidade apresentada pelo médico de família ($p=0,3$). A concordância diagnóstica entre a atenção primária e a secundária foi de 31,6%. O estudo concluiu que a maioria dos casos que foram encaminhados para o especialista poderiam ter sido resolvidos no nível primário de atenção à saúde, demonstrando capacidade resolutiva limitada nesse nível de atenção. Ressaltou-se, ainda, o que já havia sido constatado em outras pesquisas, sobre a importância do ensino médico na graduação focalizar, do ponto de vista das especialidades, a capacitação em habilidades teórico-práticas baseadas na nosologia prevalente da atenção primária.

A comissão permanente de avaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, por exemplo, em busca do aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem do curso médico, realizou trabalho que objetivava o estabelecimento de matriz

de competências essenciais para a formação do médico generalista. A matriz elaborada foi avaliada e aprovada por 112 docentes, tanto do ciclo básico quanto do ciclo profissional, juntamente com a totalidade dos coordenadores das 52 disciplinas. O documento é composto por seis grandes domínios: profissionalismo; relacionamentos interpessoais e comunicação; atenção integral à saúde da pessoa; organização de sistemas de saúde e atenção em saúde pública; gestão do conhecimento; conhecimento médico.

Dentre as condutas específicas na atenção integral à saúde da pessoa, preconizam-se as proposições de intervenções propedêuticas e terapêuticas para os problemas mais prevalentes em otorrinolaringologia, como retirar rolha ceruminosa do ouvido externo. Dentre os conhecimentos médicos pleiteados para a realização dessas condutas, encontram-se a compreensão dos aspectos clínicos e propedêuticos dos problemas mais prevalentes em otorrinolaringologia (GONTIJO, 2013). Todavia, não consta nesse trabalho a descrição, estratificação ou especificação dos problemas mais prevalentes em otorrinolaringologia, que deveriam ser trabalhados nesse domínio específico de conhecimento.

O trabalho de Swensson (2013) ressalta que a obstrução nasal, a respiração bucal e os roncos são manifestações geralmente relacionadas à mesma patologia de base, caracterizando-se como as situações otorrinolaringológicas mais encaminhadas ao especialista. Esses sintomas podem ser decorrentes de vários diagnósticos diferenciais, entre eles o desvio do septo nasal, a hipertrofia de conchas nasais inferiores e de adenoides, o tumor nasossinusal e a rinite. Segundo Abreu (2008), o diagnóstico da síndrome da respiração oral em crianças é essencialmente clínico, muitas vezes, o pediatra ou o médico da família e comunidade são os primeiros a ter contato com o paciente respirador oral, cabendo a esses profissionais a execução de anamnese dirigida e detalhada, considerando informações sobre as manifestações clínicas, como roncos, respiração bucal de suplência, babação noturna e prurido nasal, para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Ao analisar as informações implícitas no consenso pela análise qualitativa das competências determinadas pelos especialistas, observa-se a importância de ressaltar temas frequentes na prática clínica do generalista, visando alcançar níveis de competência mais altos, como diagnóstico e tratamento das rinossinusites agudas, otites externas, otites médias agudas, conhecer as principais causas de obstrução nasal, avaliar e realizar ações preventivas de câncer de orofaringe. Essas afecções citadas são, *a priori*, de baixa complexidade diagnóstica,

necessitando essencialmente de avaliação clínica e exame físico adequados. Esses dados extraídos do consenso alcançado nesse trabalho estão em concordância com as informações encontradas na revisão bibliográfica, referenciada anteriormente.

Swensson (2013) evidenciou que a maioria dos médicos não realiza procedimentos de remoção de cerume na atenção primária de saúde, mesmo sendo aptos para o procedimento. Observou, ainda, que a remoção de cerume e remoção de corpo estranho não são realizadas por 70,6% e 55,9% dos profissionais da atenção primária a saúde, respectivamente. Acredita-se que a remoção de corpo estranho é mais frequentemente realizada devido à percepção médica de que se trata de um procedimento de urgência, com possibilidade de resolução no próprio local; enquanto a remoção de cerume, não sendo de urgência, pode ser encaminhada ao especialista, encurtando o tempo despendido a esse atendimento na atenção primária.

Como suscitado em outros trabalhos, o treinamento prático se faz necessário para condicionamento e intimidade do aluno com a avaliação e o exame físico otorrinolaringológico, desenvolvendo, dessa forma, a capacidade de presumir e até mesmo estabelecer diagnósticos das afecções otorrinolaringológicas mais comuns na atenção primária. Desta feita, espera-se que o curso de medicina proporcione o treinamento adequado, fornecendo condições essenciais para que o egresso desenvolva habilidades durante o curso e alcance níveis de competências mais elevados, tornando-se capaz de avaliar o paciente clinicamente, estabelecer as hipóteses diagnósticas mais presentes na prática e até realizar procedimentos mais simples, como remoção de cerume e remoção de corpo estranho em conduto auditivo externo.

Swensson (2013) sugere que situações que não fazem parte do nível primário de atendimento, como casos de epistaxes importantes, queixas que demandem realização de exames específicos e doenças que tenham cirurgias como forma de tratamento, sejam vivenciadas pelos alunos nos outros níveis de atenção à saúde, durante os anos de graduação, devendo-se dar enfoque à inserção precoce do aluno na atenção primária à saúde, local onde terá a oportunidade de praticar o atendimento de vários problemas relacionados à otorrinolaringologia.

Em concordância com o trabalho de Swensson (2013), o consenso propõe o desenvolvimento, pelos médicos generalistas, do conhecimento global dos conteúdos otorrinolaringológicos

vistos como de competência do especialista, como rinosinusite crônica, otite média crônica, perdas auditivas, *tinnitus*, labirintopatias. Tal conhecimento é importante para que o médico generalista suspeite do diagnóstico e referencie adequadamente o paciente, evitando que afecções importantes sejam subdiagnosticadas. Nesses temas, não são preconizados níveis de competência altos, segundo Laan, Leunissen e Van Herwaarden (2010), sendo suficiente atingir o nível 2 de competência, bastando que o médico demonstre conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais integrados, com abordagens adequadas às questões de doença e saúde.

Nesse sentido, o instrumento criado é uma ferramenta inovadora, visto que não se encontrou na literatura consenso estabelecendo as competências mínimas otorrinolaringológicas na formação curricular da graduação e também não foi estabelecido, nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, um modelo curricular ou carga horária mínima necessária em otorrinolaringologia. Ressalta-se, ainda, que esta pesquisa possibilitou a definição do nível de competência que os egressos do curso de medicina devem possuir em relação aos conteúdos contemplados no consenso. Acredita-se, portanto, que os resultados encontrados neste trabalho sejam ferramentas importantes no direcionamento e no desenvolvimento do currículo otorrinolaringológico nos cursos de graduação de medicina no Brasil.

Uma limitação deste estudo está relacionada à ausência do estabelecimento de carga horária mínima curricular, assim como sua distribuição em aulas prática e aulas teórica necessárias para que o aluno atinja as competências otorrinolaringológicas estabelecidas nesse consenso.

Outra possível limitação diz respeito ao pouco espaço, devido ao fator tempo, destinado à discussão sobre a falta de treinamento e capacitação médica nas faculdades. Essa queixa pôde ser observada através da análise das argumentações dos participantes que, frequentemente, apresentavam essa deficiência na formação como justificativa para refutar a competência abordada no item. O presente estudo, porém, buscava estabelecer um consenso das competências otorrinolaringológicas pertinentes ao egresso para sua prática profissional, procurando instituir e estratificar as habilidades que devem ser trabalhadas e desenvolvidas na graduação, pela relevância, não tendo como proposta restringir o debate à avaliação da realidade atual. Dessa forma, a percepção dos egressos atuais pode ter influenciado o processo de consenso.

Por se tratar de tema relevante e pouco estudado no Brasil, são necessários novos estudos para definição dos conteúdos essenciais de um currículo de otorrinolaringologia na graduação médica no país, assim como o estabelecimento de carga horária mínima teórica e prática preconizada para os egressos atingirem os níveis de competências propostos neste trabalho.

7 CONCLUSÃO

Através do estabelecimento do consenso, torna-se possível identificar condições e doenças relacionadas à otorrinolaringologia que devem ser abordadas e destacadas durante a graduação. Assim como, ao analisar as informações implícitas no consenso, pela análise qualitativa e quantitativa dos resultados, torna-se possível estabelecer os níveis de competência dos conteúdos contemplados no consenso.

Por meio do consenso, observa-se a importância de ressaltar temas e procedimentos frequentes na prática clínica do generalista que, *a priori*, são de baixa complexidade diagnóstica, necessitando essencialmente de avaliação clínica e exame físico adequados. Nesses conteúdos e habilidades, preconizam-se níveis mais altos de competências. Entre essas matérias e capacidades, encontram-se o diagnóstico e o tratamento das rinossinusites agudas, otites externas, otites médias agudas, conhecimento das principais causas de obstrução nasal, realização de remoção de cerume e de corpo estranho de ouvido, assim como ações preventivas de câncer de orofaringe.

No entanto, o conhecimento global em outros conteúdos otorrinolaringológicos, vistos como de competência do especialista, exigem níveis de competência mais baixos, sendo o nível 2 de competência (aquele no qual, o médico demonstra conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais integrados, apresentando abordagens adequadas as questões de doença e saúde, demonstrando essa habilidade em treinamentos de situações contextualizadas) suficiente para que o médico egresso suspeite do diagnóstico e referencie adequadamente o paciente, evitando que afecções importantes sejam subdiagnosticadas. Entre essas matérias e capacidades, encontram-se o conhecimento das labirintopatias, tinnitus, perdas auditivas, rinossinusite crônica, otite média crônica e otite média serosa.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. R. *et al.* Etiologia, manifestações clínicas e alterações presentes nas crianças respiradoras orais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 35, p. 935, 2008.

ALBANESE, M. *et al.* Defining characteristics of educational competencies. **Medical Education**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 248-255, mar. 2008.

ALVES, M. L. F *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 469-475, jan. 2015.

BENIGUI, Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da IRAS no primeiro nível de atenção. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Infecções respiratórias em crianças**. Washington: OPAS, 1998. p. 18.

BLACK, N. Métodos para desenvolvimento de consenso. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 147-155.

BLOOR, M. *et al.* Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. **Qualitative Research**, [S. l.], v. 15, p. 57-70, 2015.

BOULKEDID, R. *et al.* Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. **Plos One**, [S. l.], v. 6, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 jun. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. **Cadernos ABEM**, [S. l.], v. 3, p. 6-10, 2007.

CARDOSO, N. **A Método de Análise e Validação nas Investigações em Educação em Ciências e Matemática na REAMEC: Método Delphi como Critérios de Triagem**. 2016. 23f. Tese (Educação em Ciências e Matemática) - Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2016.

DE VILLIERS, M. R.; DE VILLIERS, P. J.; KENT, A. P. The Delphi technique in health sciences education research. **Medical Teacher**, London, v. 27, n. 7, p. 639-643, nov. 2005.

DIAMOND, I. R. *et al.* Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 67, n. 4, p. 401-409, apr. 2014.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-235, jan. 2002.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. **Medical Teacher**, London, v. 32, n. 8, p. 638-645, jul. 2010.

FRANK, J. R. *et al.* Implementing competency-based medical education: Moving forward. **Medical Teacher**, London, v. 39, n. 6, p. 568-573, jun. 2017.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação de metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm. Acesso em: 08 ago. 2019.

GONÇALVES, D. U.; CÔRTEZ, M. C. J. W. Pediatric (Otolaryngology) at the Public Health System of a city in Southeastern Brazil. **Revista Saúde Pública**, [S. l.], v. 41, n. 5, p. 719-725, 2007.

GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37 n. 4 p. 526 – 539, 2013.

GRISHAM, T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. **International Journal of Managing Projects in Business**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 112-130, 2009.

GUERRA, A. F. M. **Capacidade resolutiva em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte**. 2006. 135f. Dissertação. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2 edição (CIAP-2)**. 2009. 168f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HAWKINS, R. E. *et al.* Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges?. **Medical Education**, London, v. 49, p. 1086–1102, 2015.

LAAN, R. F. J. M; LEUNISSEN, R. R. M; VAN HERWAARDEN, C. L. A; The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 1- 4, 2010.

LANDSBERG, G. A. P. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciências Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi method: Techniques and applications**. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/index.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

LOURES, C. A. S. **Delphi na Internet e Suas Implicações do Ponto de Vista Metodológico**. [S. l.], 2002. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-epa-1172.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 389-415, 2018.

PATROCÍNIO, L. G. *et al.* Avaliação de necessidades para um currículo de otorrinolaringologia na graduação. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 107, 2002.

PERSON, O. C. *et al.* O ensino em otorrinolaringologia na graduação médica. **Arquivos médicos do ABC**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 91-94, 2004.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A. *et al.* O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 256-63, 2005.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciências Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. [S. l.]: SBMFC, 2015. Disponível em: [www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 30 mai. 2019.

SWENSSON, R. P. A. **Otorrinolaringologia na Formação do Médico e na Atenção Primária em Saúde**. 2013. 99f. Tese (Mestrado em ciências) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

TEN CATE, O. Entrustability of professional activities and competency-based training. **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1176-1177, nov. 2005.

YOUSUF, M. I. Using experts' opinions through Delphi technique. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 1-9, 2007.

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar, 2002**. [S. l.]: WONCA, 2002. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acesso: 13 jul. 2020.

WU, E. C; PASSY, V; ARMSTRONG, W. B. Preliminary evaluation of junior medical students' exposure and comfort with performing the basic head and neck examination. **Laryngoscope**, v. 7, n. 5, p.121, 2011.

APÊNDICES

Apêndice A - Carta Convite ao Entrevistado

Prezado/prezada,

Este trabalho tem como objetivo geral construir um consenso sobre as competências em otorrinolaringologia necessárias ao médico generalista para atuação na estratégia saúde da família.

Os objetivos específicos deste projeto são:

- a) identificar condições e doenças relacionadas a otorrinolaringologia que devem ser ensinadas nos cursos de graduação em medicina;
- b) definir o nível de competência que os médicos generalistas e egressos do curso de medicina devem ter em relação aos conhecimentos otorrinolaringológicos.

Nesse sentido, estamos convidando-o para colaborar com esta iniciativa, como INTERLOCUTOR qualificado. Para tanto, encaminhamos anexo um documento solicitando sua opinião mediante uma escala de concordância, de 1 a 6 (de discordo totalmente até concordo totalmente) sobre cerca de 16 afirmativas referentes a tais temas. Os resultados obtidos serão analisados pelos pesquisadores, observando as tendências e as opiniões dissonantes, bem como suas justificativas, sistematizando-as e compilando-as para, posteriormente, as reenviar ao grupo, através de um segundo questionário.

Este material será processado e analisado pelos pesquisadores do trabalho.

O anonimato será garantido. Contamos com sua participação. Para maiores esclarecimentos, estou à sua disposição.

Desde já, agradecemos a sua colaboração que, certamente, reverterá em benefícios para a discussão da saúde e a melhoria do SUS no Brasil.

Apêndice B - Questionário 1

I – CONHECIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS PERTINENTES AO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Avaliar as seguintes afirmativas sobre o conhecimento necessário ao médico da atenção primária em otorrinolaringologia para um bom desenvolvimentos de suas atividades, impactando positivamente no fluxo de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

A formulação das proposições foram baseadas de acordo com os seguintes níveis de competências: pré-requisito, essencial e desejável, que foram propostos no currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade, confeccionado pela sociedade brasileira de medicina de família, publicado em 2015.

Considerar, nos quadros abaixo, a avaliação de cada afirmativa, de acordo com uma escala de valoração que vai de zero (discordo inteiramente) a cinco (concordo inteiramente).

1 - Realizar remoção de cerume.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

2 - Controlar epistaxe.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

3 - Remover corpo estranho de ouvido.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

4 - Solicitar e interpretar Audiometria.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

Comentários:

13 - Diagnosticar e tratar as rinites.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

14 - Diagnosticar Desvio de Sépto Nasal obstrutivos.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

15 - Diagnosticar e tratar Rinossinusites Agudas.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

16 - Diagnosticar as Rinossinusites Crônicas.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

Apêndice C - Questionário 2

I - CONHECIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS PERTINENTES AO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Avaliar as seguintes afirmativas sobre o conhecimento necessário ao médico da atenção primária em otorrinolaringologia para um bom desenvolvimento de suas atividades, impactando positivamente no fluxo de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

As proposições que não atingiram a convergência necessária das respostas para estabelecimento de consenso foram reformuladas, baseando-se nas respostas e opiniões manifestadas pelos especialistas, através do primeiro questionário.

Considerar, nos quadros abaixo, a avaliação de cada afirmativa, de acordo com uma escala de valoração que vai de zero (discordo inteiramente) a cinco (concordo inteiramente).

1 - Abordagem inicial no controle da epistaxe; devendo encaminhar o paciente para o serviço especializado, em caso de epistaxe volumosa ou refratária.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

2 - Saber avaliar corpo estranho de ouvido, removendo na unidade do Programa Saúde da Família os casos em que o corpo estranho saia com facilidade ao lavar o conduto auditivo externo e encaminhando os casos em que haja lacerações importantes de conduto auditivo externo e/ou o corpo estranho seja de difícil remoção.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

3 - Solicitar audiometria e saber fazer a triagem inicial das patologias que podem ser acompanhadas pelo médico do Programa Saúde da Família das que devem ser encaminhadas para avaliação especializada.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

4 - Saber avaliar, através da audiometria, as características típicas da presbiacusia e encaminhar os pacientes que preenchem esses critérios para a adaptação de AASI.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

5 - Orientar e tratar pacientes com tinnitus, encaminhando os casos refratários ao tratamento e/ou aqueles em que há suspeita de lesão retrococlear.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

6 - Fazer diagnóstico de Otite Média Crônica para, então, encaminhar os casos para a atenção especializada.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

7 - Saber diagnosticar os casos de Otite Média Serosa para, então, encaminhar os adultos para melhor investigação e as crianças refratárias aos 3 meses do tratamento clínico.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

8 - Conhecer os principais tipos de labirintopatias, sabendo tratar as mais simples e encaminhando as mais complexas ou refratárias para o tratamento com o especialista.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

9 - Saber diagnosticar as rinites para, então, tratar, na unidade do Programa Saúde da Família, os casos de rinite intermitente / persistente leve e encaminhar os casos de rinite persistente moderada / grave.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

10 - Saber diferenciar desvio de septo nasal obstrutivo dos desvios de septo nasal leves e não obstrutivos. Devendo encaminhar ao especialista somente os casos de desvio septal obstrutivos.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Comentários:

11 - Fazer diagnóstico de Rinossinusite Crônica, para então encaminhá-los corretamente para a atenção especializada.

1 2 3 4 5 6

Comentários:

Apêndice D - Questionário 3

I - CONHECIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS PERTINENTES AO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Avaliar as seguintes afirmativas sobre o conhecimento necessário ao médico da atenção primária em otorrinolaringologia para um bom desenvolvimento de suas atividades, impactando positivamente no fluxo de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

As proposições que não atingiram a convergência necessária das respostas para estabelecimento de consenso foram reformuladas, baseando-se nas respostas e opiniões manifestadas pelos especialistas, através do segundo questionário.

Considerar, nos quadros abaixo, a avaliação de cada afirmativa, de acordo com uma escala de valoração que vai de zero (discordo inteiramente) a cinco (concordo inteiramente).

1 - Solicitar audiometria, saber avaliar e identificar, com o auxílio do laudo do exame, os casos que necessitam de investigação e acompanhamento especializado.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

2 - Saber identificar, com o auxílio do laudo da audiometria, os casos típicos de presbiacusia que preenchem os critérios para adaptação de AASI.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

3 - Orientar e avaliar clinicamente os pacientes com tinnitus, descartando distúrbios endócrino-metabólicos, tratando as comorbidades e solicitando avaliação auditiva, encaminhando para atenção secundária os casos refratários, as intervenções iniciais e/ou aqueles que necessitem de investigação e tratamento especializado.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

4 - Conhecer a patologia para suspeitar do diagnóstico de Otite Média Crônica em pacientes que apresentarem anamnese e exame físico compatíveis, encaminhando para a atenção especializada para estabelecimento de diagnóstico e tratamento.

1 2 3 4 5 6

Comentários:

5 - Conhecer a patologia para suspeitar do diagnóstico de Otite Média Serosa em crianças e adultos que apresentarem anamnese e exame físico compatíveis, encaminhando para avaliação e conduta especializada.

1 2 3 4 5 6

Comentários:

6 - Conhecer os sinais e sintomas causados pelo desvio de septo nasal obstrutivo, encaminhando os pacientes com anamnese e exame físico compatíveis para avaliação e conduta especializada.

1 2 3 4 5 6

Comentários:

Apêndice E - Questionário 4

I - CONHECIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS PERTINENTES AO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Avaliar as seguintes afirmativas sobre o conhecimento necessário ao médico da atenção primária em otorrinolaringologia para um bom desenvolvimento de suas atividades, impactando positivamente no fluxo de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

As proposições que não atingiram a convergência necessária das respostas para estabelecimento de consenso foram reformuladas, baseando-se nas respostas e opiniões manifestadas pelos especialistas, através do terceiro questionário.

Considerar, nos quadros abaixo, a avaliação de cada afirmativa, de acordo com uma escala de valoração que vai de zero (discordo inteiramente) a cinco (concordo inteiramente).

1 - Solicitar audiometria, encaminhar para o especialista os casos alterados para investigação, estabelecimento do diagnóstico e programação terapêutica.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

2 - Solicitar audiometria, encaminhar para o especialista os casos suspeitos de presbiacusia, para confirmação diagnóstica e estabelecimento dos critérios para adaptação de AASI.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

3 - Orientar e avaliar clinicamente os pacientes com tinnitus, descartando distúrbios endócrino-metabólicos e tratando as comorbidades. Sendo responsabilidade do especialista a avaliação auditiva, estabelecimento do diagnóstico e programação terapêutica.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários:

Apêndice F - Questionário 5

I - CONHECIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS PERTINENTES AO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Avaliar as seguintes afirmativas sobre o conhecimento necessário ao médico da atenção primária em otorrinolaringologia para um bom desenvolvimento de suas atividades, impactando positivamente no fluxo de encaminhamentos para a atenção secundária e terciária.

As proposições que não atingiram a convergência necessária das respostas para estabelecimento de consenso foram reformuladas, baseando-se nas respostas e opiniões manifestadas pelos especialistas, através dos questionários anteriores.

Considerar, nos quadros abaixo, a avaliação de cada afirmativa, de acordo com uma escala de valoração que vai de zero (discordo inteiramente) a cinco (concordo inteiramente).

1 - O médico generalista da atenção primária deve conhecer a patologia para suspeitar do diagnóstico de Presbiacusia e solicitar a avaliação auditiva para os pacientes com anamnese, sinais e sintomas compatíveis; devendo encaminhá-los para atenção secundária para estabelecimento do diagnóstico e dos critérios para adaptação de AASI pelo especialista.

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Comentários: