

Avaliação dos relatórios de referência recebidos em um serviço público universitário de Endocrinologia de Belo Horizonte

Evaluation of reference reports received in a university public service in Endocrinology in Belo Horizonte

Josemar de Almeida Moura¹, Milena Maria Moreira Guimarães², Frederico Sander Mansur Machado³, Eliane Perlatto Moura⁴, Bruno das Neves Souza⁵, Leonardo Martins Caldeira de Deus⁵, Marianna da Silva Rafael⁵, Flávio dos Santos Campos⁵, Raphael Ribeiro Teles dos Santos⁵, Lucas José de Campos Machado⁶

DOI: 10.5935/2238-3182.20150039

RESUMO

¹ Médico. Mestre. Professor Assistente Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Educador Físico. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Fisiologia e Farmacologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Farmacêutica. Pós-Doutora. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas de Belo Horizonte – UNIFENAS-BH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Médico. Doutor. Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: o sistema de referência e contrarreferência (RCR) define um fluxo hierarquizado de atenção aos pacientes e/ou de comunicação entre profissionais. A referência é um documento que demanda uma consultoria e/ou encaminha pacientes a outros médicos (consultores), que elaboram um documento-resposta, a contrarreferência. No Brasil, o RCR não funciona bem e não há estudos que o avaliem sistematicamente. **Objetivos:** avaliar relatórios de referência provenientes de serviços de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), de municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e do Hospital das Clínicas da UFMG (HC), elaborados por clínicos gerais (CLN) ou especialistas (ESP), recebidos no Serviço de Endocrinologia do HC, e definir informações necessárias em referência que permitam ao consultor decidir por interconsulta presencial. Foram considerados CLNs os médicos que atuam no Programa Saúde da Família (PSF) ou clínicos da atenção secundária e terciária. **Métodos:** trata-se de estudo seccional e observacional. **Resultados:** dois pesquisadores ($k=0,652$) avaliaram 282 relatórios, sendo constatado que 62% poderiam ser abordados na atenção primária. A frequência de relatórios com informações suficientes para a tomada de decisão foi maior naqueles oriundos do HC e elaborados por especialistas. Maior número de relatórios foi aceito quando apresentaram doenças próprias da Endocrinologia, dados do exame físico e dos exames complementares. **Conclusões:** a maioria dos pacientes referidos apresentava transtornos abordáveis na AP e um relatório de referência deve conter diagnóstico, dados dos exames complementares e do exame físico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Referência e Consulta; Centros Médicos Acadêmicos; Consultores.

ABSTRACT

Introduction: the reference and counter-reference system (RCR) defines a hierarchical flow of assistance to patients and/or communication among professionals. The reference is a document that requires consulting and/or forwards patients to other doctors (consultants) who draw up a reply document, the counter-reference. In Brazil, the RCR system does not work well, and no study has systematically evaluated it. **Objectives:** to evaluate reference reports from health services from Belo Horizonte (PBH), municipalities in the metropolitan region of Belo Horizonte (RMBH), and the General Hospital from UFMG (HC) elaborated by general practitioners (GP) or specialists (ESP) and received in the Endocrinology Service from the GH, and define the necessary information in reference to enable the consultant to decide for a face-to-face consultation. The doctors who work in the Family Health Program (FHP) or secondary and tertiary care doctors were considered GPs. **Methods:** this was an observational and sectional study. **Results:** two researchers ($k = 0.652$) evaluated 282

Recebido em: 04/06/2014
Aprovado em: 02/05/2015

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Raphael Ribeiro Teles dos Santos
E-mail: rrtteles@gmail.com

reports and identified that 62% could have been assisted in the primary care. The frequency of reports with enough information for decision-making was greater in those from the GH and elaborated by specialists. A greater number of reports were accepted when presenting endocrinology diseases and physical and complementary examination data. Conclusions: most of the referred patients presented disorders that could have received care in the primary care; a reference report must contain a diagnosis and data from additional tests and physical examination.

Key words: Primary Health Care; Referral and Consultation; Academic Medical Centers; Consultants.

INTRODUÇÃO

A insuficiência dos serviços de saúde no atendimento à população é problema mundial, agravado em países como o Brasil, diante da escassez de recursos e da ausência de trânsito eficaz das informações. O sistema de referência e contrarreferência (RCR), uma interface entre os vários níveis de atenção à saúde, tem posição de destaque em qualquer sistema de saúde, público ou privado, com implicações na assistência ao paciente, na educação permanente e no custo financeiro.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a abranger toda a população brasileira a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, sob financiamento público. O sistema foi organizado para ser descentralizado, hierarquizado, tendo a atenção primária (AP) como a sua porta de entrada principal, à semelhança de outros países como Inglaterra, Canadá e Austrália.¹ Desse modo, a definição das necessidades da assistência ao paciente e da utilização dos recursos disponíveis é atribuição do médico da AP. Espera-se que este esteja capacitado para conduzir a maior parte da nosologia prevalente na comunidade, sem a necessidade de utilização de outros níveis de atenção.²

A atenção secundária (AS), exercida por especialistas, deve ser entendida como um cuidado auxiliar à AP. Nela os pacientes são sempre referidos por um médico. O acesso à AS deve ser filtrado pela necessidade e gravidade, e não pelo interesse do médico que solicita a referência. Na AS, a abordagem tende a ser fragmentada, focada em doenças, órgãos ou mecanismos patogênicos. O profissional está capacitado para lidar com problemas mais específicos e/ou mais complexos de uma área, inclusive os incomuns.

O sistema de RCR pode ser instrumento eficaz para promover a educação permanente. A contrarreferência adequada é a expressão formativa e parece a forma mais prática de que se pode utilizar, pois é fator

de retroalimentação vinculado à atividade concreta.³⁻⁵ Permite processo contínuo e inesgotável de aprendizagem inserida na prática profissional, como os da área de saúde em geral e, particularmente, daqueles que atuam na AP, com pouco tempo disponível para atividades de educação e capacitação presencial.

No Brasil, o sistema de RCR não funciona bem e não há estudos que o avaliem sistematicamente. O excesso de demanda torna impossível a realização de primeiras consultas por especialistas; e observa-se também que muitas delas podem ser realizadas por médicos gerais, por isto^{6,7} o Serviço Especial de Diagnóstico e Tratamento em Endocrinologia e Metabologia (SEEM) do Hospital das Clínicas da UFMG (HC) tem desenvolvido desde 1998 um sistema de consultoria ambulatorial não presencial, em que disponibiliza instrumentos hierarquizados de interconsultas: telefone celular ou fixo, fax e *e-mail*, além de consolidar o sistema de referência tradicional para consultas médicas.

O sistema de RCR inicia com a elaboração de um relatório de referência (RR) que, em Belo Horizonte é, em geral, escrito e entregue ao paciente, que fica responsável pela sua apresentação ao serviço ao qual foi referido. Existe, porém, muita discordância entre os médicos consultores e consulentes sobre o conteúdo ideal de um RR.^{1,7-10} De qualquer modo, a melhora dos RRs e da comunicação entre médicos da AP e especialistas pode evitar a repetição de investigações diagnósticas, a insatisfação e a perda de confiança dos pacientes na prática médica.¹¹

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar os RRs que chegam ao SEEM do HC-UFMG e definir os parâmetros que o mesmo deve conter para a tomada de decisão por parte do consultor, além de compreender a qualidade dos RRs e estabelecer o perfil da clientela, dos consulentes e dos pacientes.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados 282 relatórios de referência recebidos pelo SEEM HC-UFMG no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2004, oriundos dos serviços de atenção à saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), de municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e do HC. Esse número correspondeu à totalidade dos relatórios recebidos no período. O estudo foi quantitativo, com desenho transversal.

Os RRs foram analisados por dois pesquisadores de acordo com protocolo elaborado para fins desta

pesquisa, considerando as sugestões de Crossley e White.^{3,12} Iniciou-se pela descrição geral dos dados obtidos quanto à origem institucional, gênero, especialidade e tempo de formado do consultante; motivo da solicitação; legibilidade; uso de impresso padronizado; informações: história clínica, exame físico, exames complementares, diagnóstico, tratamento, planejamento, gravidade, transtornos psiquiátricos, condição socioeconômica e adesão; idade do paciente; destino da solicitação (suficiência para a decisão e aceitação para agendamento). O destino da solicitação teve três alternativas: o agendamento para endocrinologia (aceitação), o não agendamento (recusa) e a não suficiência (com necessidade de mais informações). A seguir, compararam-se grupos de solicitação constituídos conforme a origem institucional – HC, PBH e RMBH – e a especialidade do consultante – clínicos gerais (CLN) e especialistas (ESP).

Foram considerados como CLNs os médicos que atuam na AP nas unidades básicas do Programa de Saúde da Família (PSF), na clínica médica e na medicina interna. Foram denominados ESPs os médicos cirurgiões, ginecologistas e os demais que atuam na AS.

Em relação ao diagnóstico, foram definidos três grupos: (A) constituído por problemas abordáveis na AP; (B) constituído por transtornos próprios da endocrinologia; (C) constituído por transtornos ainda sem diagnóstico definido.

Compõem o grupo B os transtornos que o CLN refere como: nódulos da tireoide; tireotoxicose; câncer da tireoide; diabetes *mellitus* tipo 1 (DM 1); doenças do hipotálamo e hipófise; doenças das adrenais; hipertensão arterial sistêmica secundária (endócrina); disfunções gonadais; hirsutismo e hiperandrogenismo; ginecomastia; distúrbios da diferenciação sexual; transtornos endócrinos da puberdade; transtornos do metabolismo mineral e doenças osteometabólicas; dislipidemias graves e refratárias; hipoglicemias (não relacionadas ao DM) e transtornos endócrinos na gravidez.

O grupo A constituiu-se de: hipotireoidismo primário, bócio difuso, tireoidites crônicas, pré-diabetes, diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2), dislipidemias e obesidade isolada. Em relação ao DM 2, destaca-se que há situações consideradas adequadas à avaliação pelo endocrinologista: DM 2 malcontrolado e com emagrecimento rápido (dias a poucas semanas); dúvidas quanto à melhor abordagem farmacológica do DM 2, especialmente da insulina e drogas novas (ou que não tenha experiência); e DM 2 evoluindo com complicações.

Destaca-se que esses critérios foram elaborados por endocrinologistas que também atuam como clínicos na AP. Serão chamados de consultantes e de consultores os médicos que elaboraram os RRs e os que avaliaram a solicitação, respectivamente. Os RRs agendados ou referidos para outro setor foram considerados suficientes para a tomada de decisão.

Os RRs recusados foram os:

- com problemas abordáveis na AP (grupo A) e sem qualquer evidência de necessidade específica do consultante;
- sem diagnóstico definido (grupo C) e sem evidência de haver transtorno endocrinológico, especialmente na ausência de gravidade;
- com problemas próprios da endocrinologia (grupo B) já resolvidos.

Alguns RRs do grupo C ficaram pendentes quando inexistiam indícios de gravidade e os dados sugeriam que se tratava de doença endócrina. Ficar em pendência significa aguardar novas informações para ser reavaliado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e o estudo estatístico foi feito com o SPSS 12.0 para *Windows*. A análise da diferença entre os grupos (HC, PBH e RMBH) e das especialidades (CLN e ESP) foi realizada utilizando-se o teste do qui-quadrado (X^2), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O índice K (Kappa) foi calculado para analisar a concordância entre a decisão tomada pelos dois pesquisadores, utilizando como base os dados obtidos no teste-piloto, pelo programa SPSS. Foram usadas as seguintes classificações: $K < 0,20$, concordância insatisfatória; de 0,21 a 0,40, concordância regular; de 0,41 a 0,60, concordância moderada; de 0,61 a 0,80, boa concordância; e de 0,81 a 1,00, ótima concordância.¹³

A análise multivariada foi feita usando-se o modelo de regressão logística binária para se obter a medida ajustada da influência dos diversos fatores nas variáveis de decisão do consultor. O modelo de regressão logística binária foi construído considerando-se a suficiência para decisão e aceitação de agendamento como variáveis dependentes. Foi considerado relatório suficiente para decisão aquele que for aceito ou recusado. A seleção das variáveis independentes foi feita usando-se o método *stepwise* com seleção *forward* condicional (critério de entrada a mais probabilidade condicional).

RESULTADOS

Descrição geral dos relatórios de referência

Em relação aos consulentes que elaboraram os RRs, 65% eram oriundos do HC, sendo 59% homens, 65% especialistas e 51% com mais de nove anos de formação. A maioria dos RRs foi feita em impressos padronizados (95%), eram legíveis (98%) e continham o motivo da solicitação (97%). Observou-se que 78% dos RRs apresentavam no máximo duas informações, como diagnóstico (81%), história clínica (29%), exames complementares (27%), tratamentos (24%) e exame físico (11%). Verificou-se que 62% (n=248) dos RRs apresentavam doenças abordáveis na AP. Após análise do consultor, 50% foram aceitas para agendamento e 77% foram consideradas suficientes para a decisão.

Relatórios de referência segundo a origem institucional (HC, PBH, RMBH)

Os RRs separados quanto à origem institucional foram diferentes nos seguintes parâmetros: especialidade e tempo de formado do consulente, uso de impresso padronizado, número de informações e destino das solicitações.

Os RRs oriundos do HC (*vs* não HC) foram elaborados principalmente por especialistas (88% *vs* 19%; $X^2=107,4$, $p<0,001$) e por médicos com menos de nove anos de formado (56% *vs* 35%; $X^2=8,9$, $p=0,003$), escritos em impressos padronizados (98% *vs* 89%; $X^2=12,7$, $p<0,001$), sendo mais frequentemente não agendados (38% *versus* 8%; $X^2=27,3$, $p<0,001$). A presença de quatro ou mais informações foi mais frequente nos RRs da PBH (45%) quando comparados aos das demais instituições (17%) ($X^2=19,63$, $p<0,001$).

Relatórios de referência segundo a suficiência para tomada de decisão

A origem institucional, a especialidade e o grupo de diagnóstico (A, B ou C) associaram-se significativamente à suficiência para tomada de decisão. A frequência de RRs suficientes foi maior nos oriundos

do HC (84% *vs* 63% não HC; $X^2=14,9$, $p<0,001$) e nos elaborados por ESP (90% *vs* 54% ESP não HC; $X^2=37,4$; $p<0,001$). Quando se analisou separadamente por origem institucional, essa diferença (CLN *vs* ESP) se manteve apenas no HC (93% ESP *vs* 28% CLN; $X^2=50,9$; $p<0,001$). O grupo de diagnósticos B apresentou mais frequência de RRs suficientes que os grupos A e C (87% *vs* 72%; $X^2=8,05$; $p=0,005$). O grupo de diagnóstico C (transtornos ainda sem diagnóstico) não apresentou mais frequência de RR não suficientes. Quando se analisou separadamente por origem institucional, essa diferença (grupo de diagnóstico B *vs* não B) manteve-se apenas nos RRs não HC ($X^2=13,4$, $p<0,001$).

Em relação às informações, a suficiência também foi influenciada pelo exame físico (93% *vs* 75%; OR = 6,87, IC (95%) = 1,24-70,00; $X^2=6,9$, $p=0,009$) e pelos exames complementares (85% *vs* 74%; OR=2,56, IC(95%)=1,08-4,71; $X^2=4,9$, $p=0,027$).

A análise de regressão logística binária mostrou que especialidade, grupo de diagnóstico, exames complementares e legibilidade foram fatores independentes para a suficiência na decisão do consultor (Tabela 1, modelo 1).

Relatórios de referência segundo a especialidade do consulente

Os RRs de CLN não HC foram mais frequentes que os do HC (81% *vs* 12%, $X^2=108,7$; $p<0,00001$), apresentando mais frequentemente história clínica (44% *vs* 31%, $X^2=4,0$; $p=0,045$), diagnóstico (38% *vs* 19%, $X^2=5,7$; $p=0,017$), tratamento (53% *vs* 28%, $X^2=12,5$; $p=0,0004$) e três ou mais informações (56% *versus* 28%, $X^2=15,9$; $p=0,0001$).

Os RRs de CLN foram menos suficientes para a decisão que os elaborados por ESP (24% *vs* 71%, $X^2=38,7$; $p<0,00001$). Não foi observada diferença quanto à aceitação dos RRs, todavia, houve mais recusa daqueles elaborados por CLN (*vs* ESP) (46% *vs* 2%; $X^2=37,5$; $p<0,00001$).

Concordância da decisão entre os pesquisadores

A decisão quanto ao destino da solicitação foi realizada pelos dois pesquisadores e comparada por intermédio do índice de K, sendo encontrado o valor de 0,652 (SPSS), que indica que houve boa concordância.

Tabela 1 - Análise multivariada dos fatores que influenciaram a suficiência

	Variável	Coef. Beta	Odds Ratio	IC (95%)	Valor p
Modelo 1	Especialidade (CLN)	-2,928	0,053	0,019 – 0,151	<0,001
	Legibilidade	2,606	13,541	1,093 – 167,7	0,042
	Exames complementares	1,344	3,833	1,192 – 12,331	0,024
	Grupo diagnóstico (B)	2,133	8,441	2,366 – 30,114	0,001

DISCUSSÃO

Sob o ponto de vista do consultor em endocrinologia em serviço público e universitário, observou-se que a maioria dos pacientes referidos à endocrinologia (62%) apresentou transtornos que poderiam ser abordados pelo clínico (CLN) na atenção primária (AP). Este trabalho ainda sugere que, para avaliação da pertinência do encaminhamento, um relatório de referência (RR) deve ser legível e conter as seguintes informações: especialidade do consulente, diagnóstico, dados mais relevantes da história clínica, exame físico e exames complementares. Os RRs efetuados por especialistas e oriundos do hospital universitário pareceram mais suficientes para a tomada de decisão do consultor.

Este estudo mostrou que grande parte das referências continha transtornos endocrinológicos que fazem parte do conjunto de conhecimentos próprios para a AP, como diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, obesidade e hipotireoidismo primário. Elwyn e Stott¹⁴ avaliaram retrospectivamente 168 RRs emitidos por um único médico generalista a vários especialistas e concluíram que 35% dos RRs poderiam ser evitáveis, baseado nos recursos disponíveis e nas competências dos médicos envolvidos. Jenkins¹⁵ concluiu que 13% dos 234 RRs enviados a vários especialistas eram inadequados, especialmente os feitos por especialistas clínicos. Donohoe *et al.*⁷, em estudo prospectivo com generalistas (consultantes) e especialistas (consultores), consideraram que 30% das referências eram inapropriadas, tendo resolução igual à feita por médico generalista.

A maior frequência de RRs inapropriados ou abordáveis na AP neste estudo (62%), quando comparada com outros estudos, pode ser explicada parcialmente pela diferença na definição aqui apresentada do que seja apropriado. A análise foi baseada a partir do que constitui transtornos próprios para a endocrinologia sob a perspectiva do especialista. Não foi analisada essa competência sob a perspectiva do médico consulente ou solicitante. De qualquer modo, destaca-se que os dois pesquisadores deste estudo são médicos

que atuam como endocrinologistas e médicos generalistas (clínicos gerais).

Outros estudos comentam que há também outros fatores que potencialmente poderiam influenciar na adequação de uma referência, como aspectos temporais, se tardio ou precoce; tamanho e complexidade do problema; capacidade de resolubilidade,⁷ qualidade ou consultoria/ comunicação entre clínico e especialista; aspectos médico-legais, como interesses ou necessidades do paciente; diferentes perspectivas de especialista, clínico, paciente ou administrador do sistema; avaliação da evolução do problema,¹⁶ existência e qualidade de protocolos; aspectos secundários ou marginais, como legibilidade e insuficiência de informação, especialmente o motivo do consulente. Esse fato pode estar relacionado às características do sistema de saúde no Brasil, com destaque para as dificuldades enfrentadas pelos médicos da AP, como demanda excessiva de pacientes, limitado acesso à propedêutica complementar e falta de apoio, que aumentam a chance de o mesmo praticar medicina defensiva, com uso excessivo dos recursos disponíveis, incluindo encaminhamento à atenção secundária (AS).

De qualquer modo, destaca-se que realmente é necessário um diálogo entre os envolvidos nessa interface do sistema de RCR. Nesse sentido, este estudo mostra que a concordância entre os pesquisadores foi boa ($k=0,652$), todavia, no contexto da avaliação dos RRs por docentes em serviço universitário, dever-se-ia esperar uma concordância mais elevada. Isso pode ser parcialmente explicado pelo perfil dos pesquisadores. Um era clínico e endocrinologista, atuando no ensino, pesquisa e extensão, em ambulatório de endocrinologia; e outro era clínico, orientado em seu mestrado pelo primeiro, atuando em ambulatório de clínica médica, no ensino, e outro de endocrinologia, na pesquisa e em sua formação profissional. Esses perfis, em meio a uma definição de recusa mais flexível, deram margem a variação maior na decisão do pesquisador.

Este estudo analisa o instrumento que inicia esse processo de comunicação entre AP e AS, os RRs. Gandhi *et al.*⁹ e Wright *et al.*¹⁷ afirmam que o RR tem

papel crítico na comunicação efetiva, sendo também importante para a qualidade do cuidado.

Em função da limitação objetiva em atender à excessiva demanda de pacientes, foi fundamental a investigar quais informações deveriam compor um RR, a fim de permitir a decisão por parte do consultor em RCR, no qual a solicitação por consulta especializada sofre avaliação médico-administrativa quanto à pertinência e ao nível de prioridade. Destaca-se que não foi objetivo analisar informações que deveriam compor um RR para fins de consultoria não presencial, uma vez que os RRs tinham forte componente de “transferência” do paciente a outro serviço e não de consultoria propriamente dita, seja ela convencional ou não.

Deve-se considerar que o papel de consultor foi influenciado pela atuação do SEEM-HC no processo de desenvolvimento de um sistema de consultoria de ambulatório não presencial com foco na educação médica permanente. Desse modo, os encaminhamentos inadequados do especialista poderiam ter por destino “não aceito” e os do CLN poderiam ser mais frequentemente alocados em pendência, solicitando-se informações adicionais, como estratégia de estabelecer um canal de comunicação. A influência da especialidade do consultante na suficiência da decisão manteve-se apenas nos RRs oriundos do HC, quando se analisou separadamente por origem institucional. Provavelmente, os RRs de CLN do HC eram menos aceitos e mais não suficientes (depende de informações adicionais) em razão do maior envolvimento dentro do *campus* universitário com a formação médica (graduação e residência médica).

Não parece haver controvérsia quanto à importância do RR e de sua qualidade para a efetivação da RCR. De fato, Grol *et al.*¹⁸, ao estudarem 637 RRs de médicos generalistas na AP, observaram adequabilidade dos RRs pelos especialistas quando os mesmos apresentavam quatro ou mais informações, principalmente história clínica, achados de exame físico, investigações complementares realizadas e instituição de tratamento prévio ou atual.

Em relação ao conteúdo dos RRs, comparando-se a trabalhos de outros autores,^{11,18} os dados da história clínica e exame físico mostraram-se menos frequentes nesta pesquisa, não se apurando diferença quanto à frequência dos demais conteúdos. É importante ressaltar que, em todos os estudos, 90% ou mais dos RRs apresentavam pelo menos um tipo de informação, como: história clínica^{19,20}, diagnóstico²¹ e motivo da solicitação. Essas diferenças podem ser

atribuídas às características dos consultantes, da especialidade, da utilização e do modelo de impresso padronizado, da complexidade nosológica e da origem institucional do consultante.

É importante considerar que não foi a simples presença do diagnóstico que influenciou a decisão, mas sim o grupo (A, B e C) a que ele pertencia. Desse modo, pode-se inferir que um RR com doenças endócrinas do grupo A, abordáveis na AP, e do grupo C, sem diagnóstico, deveriam conter outras informações que justificassem o encaminhamento. O mesmo foi observado por Linné²², cuja análise de RRs encaminhados a um serviço especializado em obesidade evidenciou informações insuficientes, sugerindo como explicação o fato de muitos médicos consultantes considerarem o diagnóstico de obesidade suficiente para justificar a referência.

Neste estudo, o grupo de diagnósticos B foi mais aceito para agendamento e menos recusado ou alocado em pendência. A análise desse aspecto por Kvaame *et al.*²³ sugere a necessidade de definição conjunta do campo de atuação a partir da análise de comitês de cada especialidade com representantes da AP, no sentido de melhor orientar os médicos na solicitação de interconsultas. Propõem ainda a necessidade de mudança de atitude de ambas as partes, sugerindo que o cuidado ao paciente seja feito em conjunto.²³

No que concerne exclusivamente ao número e às informações, desvinculados da síntese que significa a decisão do consultor, este estudo mostrou que os relatórios oriundos da PBH ou elaborados por CLN foram mais completos, trazendo maior número de informações e com mais frequência os dados da história clínica, tratamento, exame físico e exames complementares. Provavelmente, isso reflete o fato de os CLNs (maioria dos RR oriundos da PBH) tenderem à abordagem mais integrada e completa, procurando melhor resolução dos problemas do paciente. Esse contraste não pode ser explicado por diferença na complexidade ou tipo das doenças, pois os perfis de grupos (A, B e C) e dos transtornos endócrinos (dados não mostrados) foram semelhantes.

Não se conseguiu definir nitidamente os parâmetros que o RR deve conter para a tomada de decisão, mas algumas considerações podem ser feitas. Como era de se esperar, o grupo de diagnóstico associou-se à suficiência da decisão. Também alguns dados do exame físico e dos exames complementares influenciaram, provavelmente porque essas informações tendem a ser mais objetivas. A origem institucional e a

especialidade do consulente mostraram associação significativa com a suficiência. Isso não quer dizer que o médico avaliador considerou esses parâmetros na decisão, mas que neles estão contidas algumas características dos consulentes. Por exemplo, em instituições de ensino, há tendência a manter os pacientes internamente, aos cuidados dos serviços de especialidades, independentemente da complexidade do problema. De fato, os RRs do HC eram mais frequentemente não agendados. Há superposição entre origem institucional e especialidade, mostrada pela correlação muito alta entre elas. Poder-se-ia considerar que a legibilidade influenciou a decisão dos pesquisadores. Apesar de lógico, isso não foi problema, pois a legibilidade era alta. Além disso, e muito provavelmente por causa disto, os dados deste estudo em relação à legibilidade eram fracos, com intervalo de confiança muito amplo e seu limite inferior da OR próximo de 1.

Quanto aos pacientes, Preston *et al.*²⁴ relataram que muitos se sentem como se tivessem sido deixados no “limbo” quando enviados de uma a outra parte do sistema de saúde.

CONCLUSÕES

Este estudo mostrou que expressiva fração dos encaminhamentos a uma especialidade clínica, como a endocrinologia, poderia ser evitada. Sugere-se que isso seja feito a partir da melhora da comunicação entre a AP e a AS. É fundamental efetivar uma pactuação de critérios, com definição de doenças abordáveis na AP e as próprias das especialidades, isto é, deve-se definir melhor o campo de atuação dos médicos na AP e na AS, reduzindo a incerteza nessa interface. Deve-se, também, procurar aprimorar os relatórios, não apenas os de referência, mas também os de contrarreferência. Este estudo sugere, por exemplo, que são importantes o diagnóstico e os dados do exame físico e dos exames complementares. É importante que os médicos envolvidos valorizem ainda mais o sistema de RCR. Nesse sentido, devem reconhecer que o RCR, além do seu caráter assistencial, pode ser poderoso instrumento de educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. Piterman L, Koritsas S. General practitioner-specialist referral process. Part II. *Intern Med J.* 2005; 35:491-6.

2. Schulpen GJ, Vierhout WP van der Heijde DM, Landewé RB, Winkens RA, van der Linden S. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter. *Ann Rheumat Dis.* 2003; 62:159-61.
3. Crossley GM, Howe A, Newble D, Jolly B, Davies HA. Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. *Med Educ.* 2001; 35:1115-24.
4. Pena-Dolhun E, Grumbach K, Vranizan K, Osmond D, Bindman AB. Unlocking specialists' attitudes toward primary care gatekeepers. *J Family Pract.* 2001; 50:1032-7.
5. Scott IA, Mitchell CA, Logan E. Audit of consultant physicians' reply letters for referrals to clinics in a tertiary teaching hospital. *Intern Med J.* 2004; 34:31-7.
6. Roulidis ZC, Schulman KA. Physician communication in managed care organizations: opinions of primary care physicians. *J Family Pract.* 1994; 39:446-51.
7. Donohoe MT, Kravitz R, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med.* 1999; 14:281-6.
8. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990; 40:445-9.
9. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Int Med.* 2000; 15:626-31.
10. Campbell B, Vanslembroek K, Whitehead E. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *Br Med J.* 2004; 328:1060-1.
11. Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Austr.* 2002; 177:516-20.
12. White P, Singleton A, Jones R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. *Patient Educ Couns.* 2004; 55:94-8.
13. Altman DG. *Practical statistics for medical research.* London: Chapman & Hall; 1991.
14. Elwyn GJ, Stott NC. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *Br Med J.* 1994; 309:576-8.
15. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments – assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract.* 1993; 43:111-3.
16. Elwyn GJ, Rix A, Matthews P, Stott NC. Referral for “prostatism”: developing a “performance indicator” for the threshold between primary and secondary care? *Family Pract.* 1999; 16:140-2.
17. Wright J, Prasad N, Dalrymple G. Primary care out of hours. Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. *Br Med J.* 1996; 312:1304.
18. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract.* 2003; 53:217-9.
19. Hansen JP, Brown SE, Sullivan RJ Jr, Muhlbaier LH. Factors related to an effective referral and consultation process. *J Family Pract.* 1982; 15:651-6.
20. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *Br Med J.* 1992; 304:821-4.

21. Graham PH. Improving communication with specialists. The case of an oncology clinic. *Med J Austr.* 1994;160:625-7.
 22. Linné Y, Rössner S. What is "obesity" - an analysis of referral letters to an obesity unit. *Int J Obes Relat Metabol Dis.* 1998;22:1231-3.
 23. Kvalme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (Equip). *International Journal of Quality Health Care* 2001; 10:33-9.
 24. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Int J Qual Health Care* 1999; 8:16-21.
-