

**JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA**

**INTERCONSULTAS MÉDICAS:**

Uma avaliação dos Relatórios de Referência  
sob o ponto de vista dos consultores de um  
serviço público de ensino, referência em  
Endocrinologia e Metabologia.

Faculdade de Medicina da UFMG  
**Belo Horizonte**  
**2006**

**JOSEMAR DE ALMEIDA MOURA**

**INTERCONSULTAS MÉDICAS:**

Uma avaliação dos Relatórios de Referência sob o ponto de vista dos consultores de um serviço público de ensino, referência em Endocrinologia e Metabologia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Lucas José de Campos Machado.

Faculdade de Medicina da UFMG  
**Belo Horizonte**  
**2006**

M929i Moura, Josemar de Almeida  
Interconsultas médicas: uma avaliação dos relatórios de referência sob o ponto de vista dos consultores de um serviço público de ensino, referência em endocrinologia e metabologia/Josemar de Almeida Moura. Belo Horizonte, 2006.  
68f., il.  
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.  
Área de concentração: Clínica Médica  
Orientador: Lucas José de Campos Machado  
1.Referência e consulta/utilização 2.Avaliação de processos (cuidados de saúde) 3.Protocolos clínicos/normas 4.Conduitas na prática dos médicos 5.Médicos de família 6.Consultores 7.Cuidados primários de saúde 8.Endocrinopatias/diagnóstico I.Título

NLM: W 64  
CDU: 616 : 614.2

Trabalho desenvolvido no Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM), sob a orientação do Prof. Dr. Lucas José de Campos Machado.

À **Eliane**, pelo amor, carinho, amizade e compreensão.  
Também agradeço pelo importante auxílio na execução  
deste trabalho.

Aos meus filhos **Henrique** e **Tatiana**, fontes de  
inspiração na busca de novos caminhos,  
pela compreensão e pelo carinho.

*“Nunca andes pelo caminho traçado,  
pois ele conduz somente até onde outros já foram.”*

*Alexander Graham Bell*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Lucas José de Campos Machado, meu orientador, que muito contribuiu para a realização deste trabalho e para o meu crescimento profissional e científico.

Aos acadêmicos Marco Antônio Miranda dos Santos e Patrícia Gomes Fonseca, pela valiosa colaboração na condução da pesquisa.

Ao Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM), que cedeu o acesso aos dados colhidos nesta pesquisa.

Ao colegiado da Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, em especial ao seu coordenador Carlos Faria dos Santos Amaral, pelo apoio recebido.

Aos funcionários do SEEM, em especial à Vanise Márcia de Oliveira Frade, pelo apoio fundamental na coleta de dados.

Aos funcionários do Departamento de Clínica Médica, em especial ao Sr. Luiz de Oliveira Lopes pelo apoio e disponibilidade.

# SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS  
LISTA DE GRÁFICOS  
LISTA DE ABREVIATURAS  
RESUMO  
ABSTRACT

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 - OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1 - Objetivo geral.....	21
2.2 - Objetivos específicos .....	21
<b>3 - MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>22</b>
3.1 - Delineamento do estudo .....	22
3.2 - Universo do estudo.....	23
3.3 - Critérios de inclusão.....	24
3.4 - Critérios de exclusão .....	24
3.5 - Consentimento livre e esclarecido.....	24
3.6 - Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) .....	24
3.7 - Plano de coleta e análise dos dados.....	24
<b>4 - RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
4.1 - Descrição geral dos relatórios de referência (RR).....	26
4.1.1 - Origem institucional do consulente .....	26
4.1.2 - Especialidade do consulente.....	26
4.1.3 - Número de registro no CRM-MG do consulente .....	27
4.1.4 - Gênero do consulente .....	27
4.1.5 - Uso de impresso padronizado.....	28
4.1.6 - Diagnóstico .....	28
4.1.7 - Idade do paciente.....	30
4.1.8 - Legibilidade.....	30
4.1.9 - Informações contidas nos RR.....	30
4.1.10 - Presença do motivo da solicitação.....	31
4.1.11 - Destino proposto pelo consultor após avaliação do RR .....	31
4.2 - Comparação dos RR por local de Origem (HC, PBH e RMBH).....	32
4.2.1 - Especialidade médica do consulente .....	32
4.2.2 - Tempo de formado .....	32
4.2.3 - Gênero do consulente .....	33
4.2.4 - Uso de impresso padronizado.....	33
4.2.5 - Diagnóstico .....	33
4.2.6 - Idade do paciente.....	34
4.2.7 - Legibilidade.....	34
4.2.8 - Informações contidas nos RR.....	34
4.2.9 - Presença do motivo da solicitação.....	35
4.2.10 - Suficiência para uma tomada de decisão após análise do consultor.....	35
4.3 - Descrição e comparação dos RR quanto à suficiência para decisão após a análise do consultor...36	
4.3.1 - Origem (descrito no em 4.2.10).....	36
4.3.2 - Especialidade (CLN <i>versus</i> ESP) .....	36
4.3.3 - Tempo de formado .....	37
4.3.4 - Gênero do consulente .....	37
4.3.5 - Uso de impresso padronizado.....	37
4.3.6 - Diagnóstico .....	38
4.3.7 - Idade do paciente.....	38
4.3.8 - Legibilidade.....	39
4.3.9 - Informações contidas nos RR.....	39
4.3.10 - Número de informações contidas nos RR .....	39
4.3.11 - Presença do motivo da solicitação.....	39
4.4 - Descrição e comparação dos RR quanto à aceitação para agendamento de interconsulta após a análise do consultor .....	39

4.4.1 - Origem institucional dos RR .....	39
4.4.2 - Especialidade do consulente.....	39
4.4.3 - Tempo de formado .....	39
4.4.4 - Gênero do consulente .....	39
4.4.5 - Uso de impresso padronizado.....	40
4.4.6 - Diagnóstico (por grupo) .....	40
4.4.7 - Legibilidade.....	40
4.4.8 - Informações contidas nos RR.....	40
4.4.9 - Número de informações contidas nos RR .....	40
4.4.10 - Presença do motivo da solicitação.....	41
4.5 - Comparação dos RR quanto à especialidade do consulente.....	41
4.5.1 - Origem institucional dos RR (descrito em 4.2.1) .....	41
4.5.2 - Tempo de formado .....	41
4.5.3 - Gênero do consulente .....	41
4.5.4 - Uso de impresso padronizado.....	42
4.5.5 - Diagnóstico .....	42
4.5.6 - Idade do paciente.....	42
4.5.7 - Legibilidade.....	42
4.5.8 - Informações contidas nos RR.....	42
4.5.9 - Número de informações contidas nos RR .....	43
4.5.10 - Presença do motivo da solicitação.....	43
4.6 - Comparação dos RR quanto à presença ou não de impresso padronizado .....	43
4.7 - Comparação dos RR quanto à concordância da decisão entre os pesquisadores.....	43
<b>5 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>6 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>52</b>
<b>8- PERSPECTIVAS FUTURAS .....</b>	<b>53</b>
<b>9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>55</b>
<b>10 - APÊNDICE.....</b>	<b>61</b>
10.1 - APÊNDICE 1 .....	61
10.2 - APÊNDICE 2.....	63
<b>11 - ANEXOS.....</b>	<b>65</b>
11.1 - ANEXO 1: MODELO DE RELATÓRIO DO HC.....	65
11.2 - ANEXO 2: MODELO DE RELATÓRIO DA PBH .....	66
11.3 - ANEXO 3: MODELO DE RELATÓRIO DA RMBH .....	67
11.4 - ANEXO 4: MODELO DE RELATÓRIO DE BETIM (RMBH).....	68

## LISTA DE TABELAS

	<b>TÍTULO</b>	<b>Página</b>
<b>TABELA 1</b>	Total de diagnósticos contidos nos RR por grupos	<b>28</b>
<b>TABELA 2</b>	Total de doenças do grupo A relatadas nos RR.	<b>29</b>
<b>TABELA 3</b>	Total de doenças do grupo B relatadas nos RR	<b>29</b>
<b>TABELA 4</b>	Outras situações observadas nos RR analisados (grupo C)	<b>29</b>
<b>TABELA 5</b>	Transtornos endócrinos relatados nos RR por grupos de doenças.	<b>30</b>
<b>TABELA 6</b>	Total de RR por diagnósticos, nos grupos definidos A, B ou C	<b>30</b>
<b>TABELA 7</b>	Informações contidas nos RR	<b>31</b>
<b>TABELA 8</b>	Destino proposto pelo consultor após avaliação dos RR	<b>31</b>
<b>TABELA 9</b>	Especialidade do consulente por origem institucional dos RR	<b>32</b>
<b>TABELA 10</b>	Origem institucional dos RR por grupos de registro no CRM-MG	<b>32</b>
<b>TABELA 11</b>	Destino proposto para os RR conforme origem institucional	<b>36</b>
<b>TABELA 12</b>	Destino proposto para os RR conforme especialidade e origem institucional do consulente	<b>37</b>
<b>TABELA 13</b>	Destino proposto para os RR conforme a origem institucional do consulente e o grupo diagnóstico	<b>38</b>
<b>TABELA 14</b>	Sumário de estudos com o percentual de informações contidas nos RR	<b>47</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>TÍTULO</b>	<b>Página</b>
<b>GRÁFICO 1</b>	Percentual de RR por origem institucional do consulente	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 2</b>	Freqüência de RR por grupo de especialidade	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 3</b>	Freqüência de RR conforme número do registro do consulente no CRM-MG	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 4</b>	Freqüência de RR conforme o gênero dos consulentes	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 5</b>	Percentual de RR emitidos em impresso padronizado conforme a origem institucional	<b>33</b>
<b>GRÁFICO 6</b>	Percentual de diagnósticos por grupos de doenças conforme a origem institucional dos RR	<b>34</b>
<b>GRÁFICO 7</b>	Percentual de informações contidas nos RR conforme a origem institucional	<b>35</b>
<b>GRÁFICO 8</b>	Percentual de RR aceitos para agendamento conforme as informações contidas	<b>40</b>
<b>GRÁFICO 9</b>	Percentual de RR aceitos para agendamento conforme o número de informações contidas	<b>41</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AS</b>	Atenção Secundária
<b>CIR</b>	Cirurgia
<b>CLN</b>	Clínica Geral
<b>CoEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
<b>CRM-MG</b>	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
<b>DM1</b>	<i>Diabetes mellitus 1</i>
<b>DM2</b>	<i>Diabetes mellitus 2</i>
<b>EP</b>	Educação permanente
<b>ESP</b>	Especialistas
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas da UFMG
<b>IC</b>	Interconsultas convencionais
<b>INC</b>	Interconsultas não convencionais
<b>MGAII</b>	Medicina Geral de Adultos II
<b>PBH</b>	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RCR</b>	Sistema de Referência e Contra-referência
<b>RR</b>	Relatório de referência
<b>RMBH</b>	Região Metropolitana de Belo Horizonte
<b>SEEM</b>	Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais

## RESUMO

A insuficiência dos serviços de saúde no atendimento à população é um problema mundial, agravado em países como o Brasil diante da escassez dos recursos. Uma grande dificuldade é a ausência de um trânsito eficaz, seguro e democrático das informações. O Sistema de Referência e Contra-Referência (RCR) é alvo da atenção do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia (SEEM) do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG desde 1998 com o desenvolvimento de um sistema de consultoria ambulatorial não presencial. A insatisfação dos agentes envolvidos no RCR com a sua ineficácia, paralela à percepção de seu grande potencial de resolver problemas assistenciais e de educação permanente produziu este estudo. O RCR tem posição de destaque em qualquer sistema de saúde, público ou privado, com profundas implicações na assistência ao paciente, na educação permanente e no custo financeiro do mesmo. O objetivo foi avaliar os relatórios de referência (RR) encaminhados a um serviço de referência em endocrinologia, público e universitário (SEEM). O estudo foi quantitativo com desenho observacional transversal para avaliar as características de 282 RR. Foi observado que: a) 65% dos RR foram emitidos por especialistas (ESP), sendo que estes foram mais freqüentes no HC (88 % *versus* 19%,  $p < 0,001$ ); b) 49% dos RR foram emitidos por médicos com menos de 9 anos de formado, sendo estes mais freqüentes no HC (66% *versus* 36%,  $p = 0,0057$ ); c) 98% dos RR foram considerados legíveis; d) os RR oriundos da prefeitura municipal de Belo Horizonte foram mais completos; e) os RR elaborados por clínicos (CLN) foram mais completos; f) os RR do HC, elaborados por ESP e os com diagnóstico de doenças de abordagem própria da endocrinologia (grupo B) foram mais freqüentemente suficientes para a decisão do consultor; g) os RR que continham história clínica, exame físico, exames complementares e os com diagnóstico do grupo B foram mais freqüentemente aceitos para agendamento; h) 68% dos pacientes referidos poderiam ser abordados na atenção básica (AB). Estes resultados nos permitem concluir que a melhora do RCR deve ser iniciada pela capacitação em RCR dos médicos novos da própria instituição, com estímulo à elaboração de RR que inclua exame clínico, exames complementares e o diagnóstico. Parece indispensável que se definam e divulguem os critérios de doenças endócrinas abordáveis pelo CLN atuando na AB.

**PALAVRAS-CHAVE:** referência, relatório de referência, atenção básica, clínico, especialista, consultor.

## ABSTRACT

The health services insufficiency in medical care is a world matter, worsen by disorganization and lack of resources in developing countries like Brazil. A great difficulty verified is the absence of an effective, safely and democratic information transit. The Referral System (RCR) is the aim of the Endocrine and Metabolism Service of the University Hospital (HC) of the Federal University of Minas Gerais (SEEM) since 1998 with the development of a distance ambulatory consultation service. The dissatisfaction of the involved agents in RCR with its inefficacious, besides the perception of its great potential to solve care problems and offer permanent education led us to conduct this study. The RCR has a prominent position in both public and private health system, with profound implications in medical care, permanent education and costs of care. Our objective was to analyze the referral letter (RR) sent to an endocrinology public and university service (SEEM). The study was a quantitative with observational transversal design to evaluate the characteristics of 282 RR. It was observed that: a) 65% of the RR was sent by specialists (ESP), with higher frequency in those of the HC (88% *versus* 19%,  $p < 0,001$ ); b) 49% of the physician had less than nine years of practice, with higher frequency in those of the HC (66% *versus* 36%,  $p = 0,0057$ ); 98% of the RR were considered legible; d) The RR that came from the Belo Horizonte City Hall (PBH) were more complete; e) The RR written by general practitioner (CLN) were more complete; f) The RR from specialists of the HC and the ones with the diagnostic of diseases that needs the endocrinologist's approach (B group) were more sufficient for the decision of the consultant; g) The RR that contained history, physical examination, complementary findings and diagnostic (B group) were more frequently accept for consultation; h) 68% of the referred patients could be approached in primary care (AB); These results allows us to conclude that to enhance the RCR in a endocrinology public and university service, we should begin to capacitate the new physicians of the institution in elaborate better RR, that includes the history, physical examination, complementary findings and diagnostic. It looks like essential to define and to divulge the endocrine diseases that could be approached in primary care level.

**KEY WORDS:** referral letters, referral, general practitioner, specialist, consultant, consultation.

## **1 - INTRODUÇÃO**

A necessidade da realização de um trabalho que trouxesse informações acerca da relação entre referência e contra-referência surgiu após o início do projeto de extensão que foi apresentado e disponibilizado aos profissionais do Distrito Sanitário Nordeste da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), a partir de outubro de 1999 pelo Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM). Inicialmente foram realizadas visitas a todos os Centros de Saúde envolvidos, incluindo divulgação direta para os médicos da Atenção Básica (AB). Em seguida foi oferecida a possibilidade de recebimento de relatórios de referência, que poderiam ser solicitações por interconsultas convencionais (IC) ou não convencionais (INC), de acordo com a análise do consultor, com a disponibilização dos recursos para ampliar a comunicação (número de telefone, fax e email). O projeto também abriu ainda a possibilidade de treinamento no SEEM para os médicos que desejassem aprimorar os conhecimentos em endocrinologia geral, respeitando-se a disponibilidade dos consultores. Verificaram-se nos dois primeiros anos 27% de INC, todas por intermédio de telefone, sendo 87% destas por telefone celular, não sendo observada nenhuma por e-mail ou fax. São inúmeras as razões potenciais para esta não utilização dos recursos disponibilizados para melhorar a comunicação dos médicos da AB com o especialista (endocrinologista) do SEEM, tais como baixo conhecimento do projeto (apesar da divulgação realizada), passividade e dominância da forma tradicional de interconsulta, exigüidade de tempo, ausência de condições materiais, falta de habilidade com os recursos tecnológicos, falta de confiança na segurança do processo (com risco ao paciente), falta de um contato prévio com o consultor, insuficiência de material pela consultoria (p.ex. linhas telefônicas sempre ocupadas, dificuldades no acesso à internet na AB), desmotivação e desinteresse, falta de compromisso com o paciente, descrédito na sustentabilidade de mais uma proposta, maior prevalência de condições complexas entre as que julgam referir, comodismo, crença na “reserva de mercado”. Surgiu então o interesse em estudar o Sistema de Referência e Contra-referência (RCR), que se iniciaria sob a visão do SEEM (consultores) e se estenderia aos médicos dos Centros de Saúde (consulentes) e posteriormente aos pacientes envolvidos. A razão para o estudo adveio da grande insatisfação percebida pelos agentes envolvidos em todo o processo. Sob a ótica do consultor os relatórios de referência (RR) recebidos eram incompletos, outras vezes não traziam informações referentes ao motivo principal da interconsulta/encaminhamento do médico consulente. Havia por vezes a impressão de que o mesmo não estava realmente interessado no aprofundamento da investigação diagnóstica e na melhor condução

dos problemas de seus pacientes, e sim de que o consulente estaria mais interessado em reduzir a demanda de pacientes sob sua responsabilidade, muitas vezes aqueles que não aderem aos tratamentos propostos. Esta inquietação levou à proposta de análise dos RR como primeiro passo para a busca de uma maior compreensão desse complexo sistema de relação interinstitucional e interprofissional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a abranger toda a população brasileira a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, aumentando sobremaneira a população coberta pela assistência pública. O Ministério da Saúde (MS) define a AB como um *primeiro nível* do sistema, direcionando para uma organização dos serviços (ações) em saúde conforme níveis de complexidade. O sistema foi organizado para ser descentralizado, baseado principalmente nos centros de saúde mais próximos da população a ser atendida, tendo como ação fundamental a AB. O acesso inicial do paciente (acesso direto) no SUS é feito em geral na AB, sendo livre e universal, também podendo ocorrer nos serviços de urgência e emergência, à semelhança de outros países como a Inglaterra, Canadá e Austrália (PITTERMAN, 2005). A definição das necessidades da assistência ao paciente e da subsequente utilização dos recursos disponíveis também está depositada nas mãos do médico da AB. Espera-se este esteja capacitado para conduzir a maior parte da nosologia prevalente na comunidade sem a necessidade de utilização de outros níveis de atenção (SCHULPEN, 2005).

A atenção secundária (AS) deve ser entendida como um cuidado “atrelado” à AB. Na AS os pacientes são tipicamente referidos por outro médico (*acesso por referência*). O acesso na AS deve ser *filtrado pela necessidade, frequência do problema e sua gravidade* - e não o interesse do médico - seja especialista (ESP) ou clínico geral (CLN). Na AS o profissional tende a ser um especialista (ESP), cuja ação em saúde tende a ser fragmentada, focada em doenças, em órgãos e mecanismos patogénéticos. Este profissional está capacitado para lidar com problemas mais *específicos e/ou* mais complexos de uma área, inclusive os incomuns. Está habituado a uma *apresentação mais tardia* dos problemas.

A insuficiência dos serviços de saúde no atendimento à população é um problema mundial, agravado nos países em desenvolvimento como o Brasil diante da desorganização e escassez dos recursos. Uma grande dificuldade é a ausência de um trânsito eficaz, seguro e democrático das informações. O Sistema de Referência e Contra-referência (RCR) mostra-se extremamente ineficaz. Os ambulatórios de especialidades atuam mais como ambulatórios de clínica geral modificados, mantendo em sua clientela pacientes que poderiam ser abordados na AB, além de realizar quase exclusivamente interconsultas clássicas, convencionais (IC) com a presença do

paciente. Burkey et al (1997) avaliaram as oportunidades e barreiras existentes para a alta dos pacientes que se mantêm controlados por longo período em nível da AS para a AB. A conclusão deste trabalho sugere que os pacientes devem ser preparados previamente para receberem alta, e que o médico da AB deve receber informação escrita consistente. Também neste estudo foram levantadas questões sobre as dificuldades do consultor em relação a este processo, sugerindo que o principal motivo relatado seria a insegurança do mesmo em relação à continuidade da assistência adequada aos pacientes na AB. Estes fatores são limitantes para atender a demanda hoje existente no SUS, oferecendo pouca abertura ao recebimento de novos pacientes. Além disto, a demanda crescente por consultas com especialistas vem gerando longas listas de espera, comprometendo ainda mais a resolubilidade do serviço de saúde (SCHULPEN, 2005). Um trabalho realizado por FORREST (1997) mostra que o custo assistencial do paciente atendido por especialistas dobra quando se compara ao paciente com o mesmo problema mantido sob cuidados da AB, considerando o paciente nas mesmas condições de saúde. Para agravar este problema, o ambulatório na AB tende a ser de baixa resolubilidade, funcionando muitas vezes apenas como um serviço de triagem (DONOHOE, 1999).

Os pacientes, por sua vez, sentem-se freqüentemente inseguros com o ato do médico da AB, ampliando assim a percepção ou o senso comum de valorização do especialista. Forma-se um ciclo vicioso, perpetuando a inoperância do sistema (JAVALGI, 1993; KUO, 1998; PEÑA, 2001). Há necessidade de entendimento do problema e sensibilização na busca de soluções. Murray (2002) propõe um entendimento entre médicos da AB e AS, com o objetivo de aumentar a eficiência do processo. Cita como possíveis vantagens aos especialistas a possibilidade de recebimento de RR mais pertinentes e que apresentariam uma investigação prévia mais cuidadosa e completa pelo médico da AB. Também sugere a adoção de diretrizes com definições conjuntas de que condições devem ser referidas aos especialistas (LA PEGNA, 2005).

As diretrizes curriculares definidas pelo Ministério da Educação através do Conselho Nacional de Educação 2001 (DOU 2001) definem o perfil do egresso das Escolas Médicas: médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Como competência definida para educação permanente, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação,

quanto na prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais. Desta forma, a Universidade tem um papel importante na formação deste profissional que terá uma atuação fundamental para a saúde pública do país.

Os médicos, particularmente os clínicos gerais que atuam na AB, têm à sua disposição um grande e crescente conjunto de informações que precisa ser criticamente filtrado e ajustado à sua prática diária. Isto agrava ou até inviabiliza a necessária atualização e sistematização da experiência acumulada, pois o profissional atua num ritmo intenso, com grande volume de atendimento e de horas trabalhadas, dificultando sua atualização (Educação Permanente - EP). Adicionalmente merece destacar que o Programa de Saúde da Família (PSF) tem acrescentado complexidade a este processo, na medida em que amplia o universo dos problemas a serem abordados pelos médicos integrantes das equipes sendo que dentre esses há uma grande proporção de médicos recém-formados, muitos nitidamente de passagem, ainda se preparando para os concursos de seleção para a residência médica. O princípio do cuidado coordenado considera a necessidade de que a assistência ao paciente, que muitas vezes é prestada por uma equipe de profissionais da saúde, seja realizada pelo médico da AB. Este profissional teria a responsabilidade de coordenar todas as ações relativas à assistência a seus pacientes e familiares (STILLE, 2005).

É neste contexto que um sistema de Referência e Contra-Referência (RCR) pode ser um instrumento eficaz de promover a capacitação resolvendo os problemas do dia-a-dia. Uma contra-referência adequada é a expressão formativa mais prática de que se pode utilizar, pois é um fator de retro-alimentação extremamente vinculado à atividade concreta (CROSSLEY 2001; PEÑA, 2001; SCOTT, 2004). Permite um processo contínuo e inesgotável de educação médica inserida na prática profissional ou vinculada diretamente à assistência por profissionais, como os da área de saúde em geral e, particularmente daqueles que atuam na AB, que têm pouco tempo disponível para atividades de educação (capacitação) presencial.

A Referência e Contra-referência têm posição de destaque em qualquer sistema de saúde, público ou privado, com profundas implicações na assistência ao paciente, na capacitação médica (educação permanente) e no custo financeiro (viabilização) do mesmo. Nos Estados Unidos estima-se que 5 a 60% das consultas em atenção básica (AB) resultem em referência (DONOHOE, 1999; FRANKS, 2000).

Em um levantamento realizado em um ambulatório de AB na rede pública de Belo Horizonte, no contexto da Disciplina de Medicina Geral de Adultos II (MGAI) da Faculdade de Medicina da UFMG, observou-se que houve solicitação de referência em 16% das consultas realizadas.

O Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM) vem tentando redefinir seu papel no sistema de saúde, priorizando a sua ação como centro de referência, melhorando a sua interface com os profissionais da AB, em torno de sua atribuição primordial de ensino (docente), voltada para a formação e o aprimoramento profissional. O sistema de consultoria se baseia numa disponibilização de instrumentos hierarquizados de interconsultas, que podem ser utilizados conforme a necessidade: telefone celular ou fixo, fax, e-mail, relatórios médicos e consultas físicas tradicionais (GANDHI, 2000; MARSHALL, 1999). Caso esteja diante de um problema que necessite uma solução imediata, a melhor forma é via telefone. Por outro lado, é indiscutível a superioridade de uma interconsulta convencional. Casos complexos, sobretudo diante de uma insegurança do médico de AB, devem sempre ser avaliados por intermédio de uma interconsulta convencional, presencial, sendo o paciente examinado pelo consultor (BERGUS, 2000; GANDHI, 2000; LEE, 1983).

As interconsultas podem ser convencionais (IC), também denominadas de formais ou físicas, ou não convencionais (INC), mais conhecidas por informais. A IC é considerada a forma mais segura e completa de se realizar uma consultoria médica. Em nosso sistema geralmente ela é solicitada por intermédio de um relatório escrito (RR), que é entregue ao paciente, que fica responsável pela entrega do mesmo ao serviço ao qual foi referido. Esses contêm implicitamente algumas características do consulente (médico solicitante), especialmente da relação médico-paciente estabelecida e, em nossa experiência e de vários autores, estes encaminhamentos escritos são freqüentemente incompletos, não contendo informações importantes e necessárias para uma melhor compreensão da real necessidade da realização da IC (GANDHI, 2000; WHITE, 2003). Uma melhora dos RR e da comunicação entre médicos que atuam na atenção básica e os especialistas pode evitar a repetição de investigações diagnósticas, a insatisfação e a perda de confiança dos pacientes na prática médica (TATTERSALL 2002). Existe, porém muita discordância entre os médicos consultores e consulentes sobre o conteúdo ideal de um RR (WESTERMAN, 1990; DONOHOE, 1999; GANDHI, 2000; CAMPBELL, 2004; PITTERMAN, 2005). As INC podem ser realizadas pessoalmente ou à distância, por meio de telefone, fax, e-mail ou através de relatórios escritos. São chamadas de informais pelo fato de não se estabelecer uma relação direta entre o paciente e o médico consultor. Todavia,

julgamos este termo inadequado, pois sugere uma consulta sem responsabilidade ou vínculo institucional e legal. Utilizamos o termo não convencional para estas interconsultas, pois julgamos indispensável que um sistema de consultoria institucional deva ser organizado respeitando-se os aspectos médico-legais.

Há certamente uma maior proporção de IC, que muitas vezes poderiam ser substituídas por INC, ampliando sobremaneira a abrangência ou a população coberta pelos centros de referência (ROULIDIS, 1994). De fato, em um estudo realizado em 1999 nos Estados Unidos, Donohoe e colaboradores concluíram que cerca de 1/3 das interconsultas convencionais são consideradas evitáveis quando avaliados por especialistas, e, na avaliação dos clínicos gerais (CLN) a adoção de treinamento em procedimentos simples e a criação de canais informais de comunicação entre generalistas e especialistas deveria resultar em referências mais apropriadas e com menor custo para o sistema de saúde.

Sabemos que a INC representa uma prática comum, sendo realizada pela grande maioria dos médicos atuando na assistência direta ao paciente (KUO, 1998). Todavia, há controvérsia quanto à sua qualidade e segurança, especialmente entre os médicos consultores. A nossa experiência no SEEM e de outros serviços indicam que muitas vezes as IC podem ser substituídas por INC, nas quais o clínico discute suas dúvidas com o especialista.

Por outro lado, o clínico na atenção básica é o responsável pela “reconstrução” da unidade do paciente, por estabelecer as “amarras” entre as diversas especialidades médicas assistindo um paciente com uma doença sistêmica. É ele o encarregado de coordenar a atuação destes profissionais, abordando o paciente em sua forma única e particular (MACHADO, 2004; STILLE, 2005). Deste modo, o clínico deve ser capaz de resolver os problemas, procurando sempre que possível, e de modo criterioso, utilizar o sistema de referência. Resolver localmente problemas não implica numa atuação solitária. Ao contrário, deve-se focar a multidisciplinaridade (JAVALGI, 1993). O especialista, mesmo que à distância, representa um importante papel nesta abordagem integral (GANDHI, 2000). Entretanto, para tal inserção, é imprescindível que se estabeleça uma efetiva comunicação entre o clínico e o especialista (JAVALGI, 1993; ELWYN, 1994; LITTLE 1998; LAINE, 1999; CLEARFIELD, 1999; GANDHI, 2000; CHARLEBOIS, 2001; KVAMME, 2001). Em nosso meio existem projetos que se propõem a melhorar a interface entre a AB e a AS. Uma maior satisfação dos profissionais poderia gerar redução dos conflitos e da competição entre os médicos da AB e os especialistas, que devem entender o caráter de complementaridade de suas atividades. O profissional que não recebe apoio tem maior chance de praticar uma medicina defensiva, através da utilização em excesso dos recursos propedêuticos, o

que implica em menor equidade e maior custo assistencial, sem necessariamente com isto aumentar a qualidade no atendimento. O incentivo ao treinamento dos médicos que atuam em atenção básica em procedimentos simples e a criação de canais diretos de comunicação com os especialistas devem resultar em referências mais apropriadas e a um menor custo, com a conseqüente redução das filas de espera dos serviços de especialidade (KVAMME, 2001).

Este estudo inicia uma linha de pesquisa que investiga o Sistema de Referência e Contra-referência no Sistema Público de Saúde, em Belo Horizonte, sob o ponto de vista dos vários atores envolvidos: consultores, consulentes, pacientes e acadêmicos (profissionais em formação). Neste primeiro trabalho analisamos as solicitações de interconsultas e/ou encaminhamentos (RR), que chegaram ao Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM). Considerando o RCR como um potencial e inesgotável instrumento de capacitação e formação profissional na área da saúde, nos propusemos a investigar as suas características atuais, procurando identificar as dificuldades e analisar as possíveis soluções para sua efetivação.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivo geral**

Avaliar os relatórios de referência (RR) encaminhados a um serviço de referência em endocrinologia, público e universitário (SEEM).

### **2.2 - Objetivos específicos**

**2.2.1: Descrever os relatórios em geral:** Quanto à origem do consulente, especialidade do consulente, tempo de formado, gênero do consulente, uso de impresso padronizado, diagnóstico, idade do paciente, legibilidade, informações contidas nos RR, presença do motivo da solicitação, suficiência para a tomada de decisão pelo consultor e aceitação do RR para agendamento de interconsulta.

**2.2.2: Descrever e comparar os RR por grupos conforme a origem (HC, PBH e RMBH):** Quanto à especialidade do consulente, tempo de formado, gênero do consulente, uso de impresso padronizado, diagnóstico, idade do paciente, legibilidade, informações contidas nos RR, presença do motivo da solicitação, suficiência para a tomada de decisão pelo consultor e aceitação do RR para agendamento de interconsulta.

**2.2.3: Comparar os modelos de RR atualmente utilizados pela rede pública de Saúde.**

**2.2.4: Definir os parâmetros que devem estar contidos num RR para a tomada de decisão por parte do consultor.**

**2.2.5: Descrever e comparar os RR conforme a especialidade do consulente (CLN versus ESP).**

### 3 - MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 - Delineamento do estudo

O estudo foi quantitativo com desenho observacional transversal para avaliar as características dos RR, comparando-se os dados obtidos dos grupos oriundos do Hospital das Clínicas da UFMG (HC), da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e de municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Após o recebimento dos RR e avaliação e decisão do consultor quanto ao destino do mesmo, os RR recebidos foram copiados e numerados.

Foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando-se o Medline e o LILACS como banco de consultas, sem limitação de datas. As palavras-chave utilizadas foram *referral*, *referral letter*, *consultation*, *specialist* e *general practitioner*.

Foram considerados como clínicos gerais (CLN) os médicos de adultos que atuam na atenção básica (oferecida nos Centros de Saúde, que são a porta de acesso preferencial do paciente ao SUS) no Programa de Saúde da Família (PSF), na clínica médica e na medicina interna, incluindo os docentes de Semiologia Médica e Medicina Geral de Adultos, disciplinas do curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, e os que atuam nos ambulatórios de residência em clínica médica. Denominamos especialistas (ESP) os médicos cirurgiões, ginecologistas e todos os demais que atuam na atenção secundária (AS).

Neste estudo foram chamados de médicos consultentes todos aqueles que encaminharam ou referenciaram um paciente a partir de um relatório de referência (RR).

Inicialmente foi realizado um teste piloto para identificação e padronização dos parâmetros a serem analisados, o que foi realizado por dois pesquisadores com a utilização de 30 RR, sendo 10 de cada origem (HC, PBH e RMBH). Esta primeira avaliação levou à padronização adotada conforme o ANEXO 1. Foram utilizadas as recomendações de White (2003), que sugere critérios para a elaboração de um RR.

A legibilidade foi estimada em termos do percentual de palavras legíveis, sendo considerado legível o RR que apresentou percentual igual ou superior a 75% das palavras legíveis. Definiu-se previamente um padrão para a contagem das palavras conforme os critérios:

- Foram consideradas todas as palavras escritas nos RR (incluindo o cabeçalho, corpo do texto);
- Os números escritos (idade, datas, valores de exames) foram contados como uma palavra;
- Siglas foram contadas como uma palavra (p. ex: TSH; DM2)

Considerou-se como suficiência para a tomada de decisão após análise do consultor o somatório das respostas 1 (aceito para agendamento) e 3 (deve ser referido para outro setor) do item 9 (decisão após a análise do consultor) do ANEXO 1. Foram considerados como não aceitos para agendamento após a análise do consultor os RR que obtiveram a resposta 2 e 3 do item 9 (ANEXO 1). Os RR com resposta 3 foram enviados com a devida justificativa como não aceitos ao médico solicitante, contendo ainda os contatos do consultor (telefone fixo, celular, fax ou email) para esclarecimento de possíveis dúvidas do mesmo.

A presença do motivo da solicitação foi definida quando a análise do RR realizada pelo consultor foi suficiente para definir o motivo do consulente para solicitar a interconsulta, mesmo que este não tenha sido explicitado.

Em relação ao diagnóstico foram definidos três grupos, sendo o grupo A de problemas abordáveis pela CLN, o grupo B de problemas próprios para abordagem pela endocrinologia e o grupo C quando não houve diagnóstico definido nem suspeitado.

Em relação ao número de registro no CRM-MG, definimos dois grupos com corte de 30.000, o que corresponde a aproximadamente 9 anos de formado. Desta forma, obtivemos um grupo com de 9 anos ou menos de formado e outro com mais de 9 anos.

Em relação às informações contidas nos RR (item 8, anexo 1) merece destacar:

- Foi considerada a presença ou não da informação (sim ou não), independentemente de sua adequação e/ou suficiência;
- A gravidade foi definida como a explicitação de condição ou situação de risco ao paciente. Apenas a presença do termo “urgência” não foi considerada como indicador de gravidade.

Foi feita revisão da literatura utilizando o Pubmed, com as seguintes palavras chave: referral, consultation, referral letter; specialists, general practitioner.

### **3.2 - Universo do estudo**

Foram analisados os RR recebidos pelo Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SEEM) no período de 01/01/2004 a 30/06/2004, oriundos do HC, da PBH e da RMBH.

### **3.3 - Critérios de inclusão**

Foram incluídos no estudo os RR referidos ao SEEM que atenderam aos seguintes critérios:

- Serem oriundos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e Hospital das Clínicas da UFMG (HC).
- Serem elaborados por médicos.
- Pacientes com idade igual ou superior a 12 anos

### **3.4 - Critérios de exclusão**

Foram excluídos 12 RR elaborados por endocrinologistas, pois se tratavam da mesma especialidade do SEEM.

### **3.5 - Consentimento livre e esclarecido**

O consentimento não foi necessário, pois não houve nenhuma forma de identificação do consulente ou do paciente que justificasse a sua aplicação. Os números de registro no CRM-MG foram analisados por grupos não identificáveis.

### **3.6 - Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP)**

O presente projeto foi devidamente submetido à apreciação pelo CoEP da UFMG, sob o número 069/2004 e aprovado em 14 de abril de 2004.

### **3.7 - Plano de coleta e análise dos dados**

#### **3.7.1 - Dados utilizados**

Os relatórios de referência (RR) foram analisados de acordo com o protocolo elaborado para fins desta pesquisa, considerando as sugestões de White (2003) e Crossley (2001) sobre as informações que devem estar contidas em um RR (ANEXO 1).

#### **3.7.2 - Análise de dados**

A análise dos RR obedeceu aos quesitos formulados no ANEXO 1, através de descrição dos dados obtidos, quanto à origem do consulente, especialidade, tempo de formado, gênero do consulente, uso de impresso padronizado, idade do paciente, legibilidade, presença do motivo da solicitação, diagnóstico (grupos), informações

contidas, suficiência para a decisão e aceitação para agendamento, comparando-se posteriormente conforme a origem institucional (HC, PBH e RMBH) e especialidade do consultante (CLN e ESP).

### 3.7.3 - Análise estatística

Para o cálculo do tamanho da amostra de RR foi empregado o programa STATCALC do EPI INFO 6,04 (DEAN, 1994).

Foi realizado um teste piloto (n=30) para se estimar as freqüências necessárias para os cálculos.

Foi estabelecido nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%. Considerando como principais variáveis o diagnóstico (grupo B) e a suficiência para a tomada de decisão, que apresentaram no teste piloto as freqüências de 19% e 76% o que resultou em amostras estimadas de respectivamente total de 236 e 280 RR, respectivamente. Ao calcularmos a amostra para delineamento transversal (comparação quanto à origem institucional), com a proporção de 2:1 para HC e não HC, respectivamente, a amostra total não foi alterada. Deste modo, estimamos que seriam necessários 280 RR, sendo 186 oriundos do HC e 94 fora do HC (PBH e RMBH).

A análise da diferença entre os grupos (HC, PBH e RMBH) foi realizada utilizando-se o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com nível de significância de 95%.

O índice  $\kappa$  (Kappa) foi calculado para analisar a concordância entre a decisão tomada pelos dois pesquisadores, utilizando como base os dados obtidos no teste piloto, através programa SPSS for windows, 1999 (SPSS Inc). Utilizamos a seguinte classificação sugerida por Altman (1991): < 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.

## 4 - RESULTADOS

### 4.1 - Descrição geral dos relatórios de referência (RR)

#### 4.1.1 - Origem institucional do consulente

Foram recebidos 282 RR, dos quais 184 (65%) foram emitidos por médicos do Hospital das Clínicas da UFMG, 53 (19%) da PBH e 45 (16%) da RMBH (Gráfico 1).

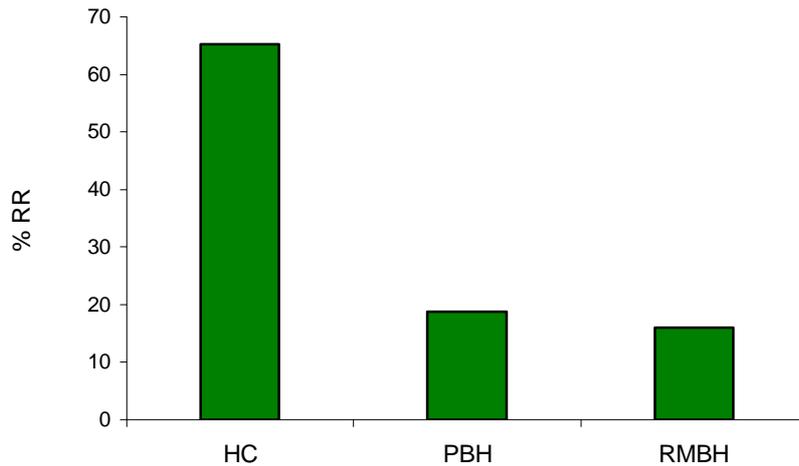


Gráfico 1: Percentual de Relatórios de Referência (RR) por origem institucional do consulente. HC: Hospital das Clínicas da UFMG (n=184; 65%); PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (n=53; 19%); RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte (n=45; 16%). (n=282)

#### 4.1.2 - Especialidade do consulente

Dos 282 RR, 81 (29%) foram emitidos por CLN e 151 (54%) por ESP. Houve um terceiro grupo de 50 (18%) RR no qual não foi possível estabelecer a área de atuação do médico, que foram denominados não especificados (Gráfico 2).

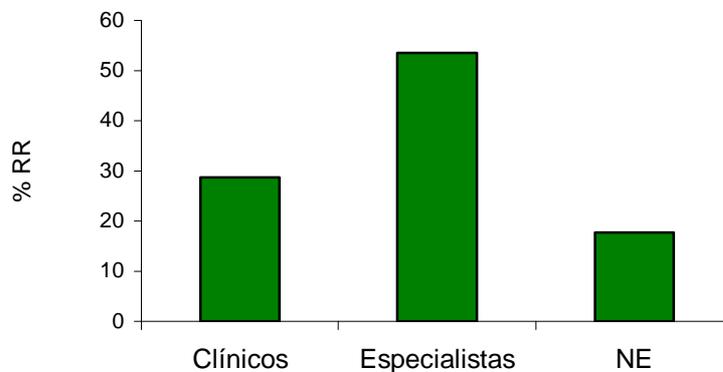


Gráfico 2: Frequência de Relatórios de Referência (RR) por grupo de especialidade. Clínicos (CLN; n=81; 29%); Especialistas (ESP n=151; 53%); NE: não especificada (n=23; 8%). (n=282)

#### 4.1.3 - Número de registro no CRM-MG do consulente

A distribuição geral mostrou que 125 (45%) dos RR foram emitidos por médicos com mais de 9 anos de formado e outros 122 (43%) com 9 anos ou menos de formado. Houve um grupo de 33 RR nos quais não foi possível tempo de formado, em função da ilegibilidade (Gráfico 3).

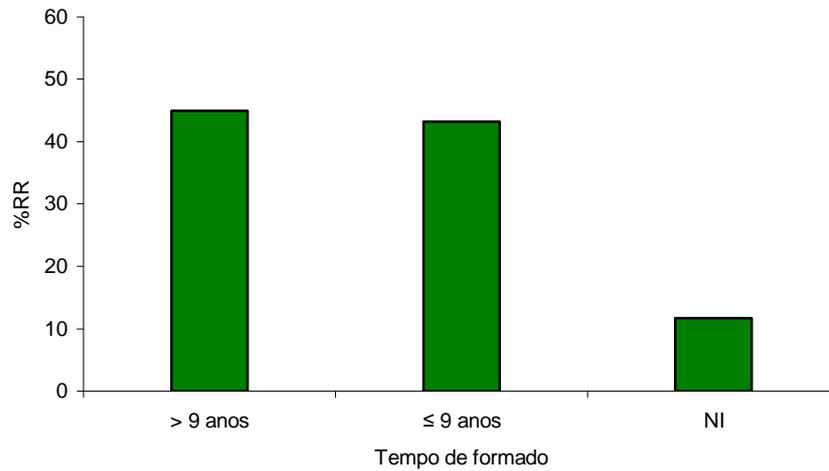


Gráfico 3: Frequência de Relatórios de Referência (RR) conforme o tempo de formado do médico consulente. NI: não identificado. (n=282)

#### 4.1.4 - Gênero do consulente

Dos 282 RR, 153 (54%) foram emitidos por consulentes do gênero masculino e 106 (38%) do gênero feminino. Houve um grupo de 23 (8%) RR no qual não foi possível estabelecer o gênero do consulente (gráfico 4).

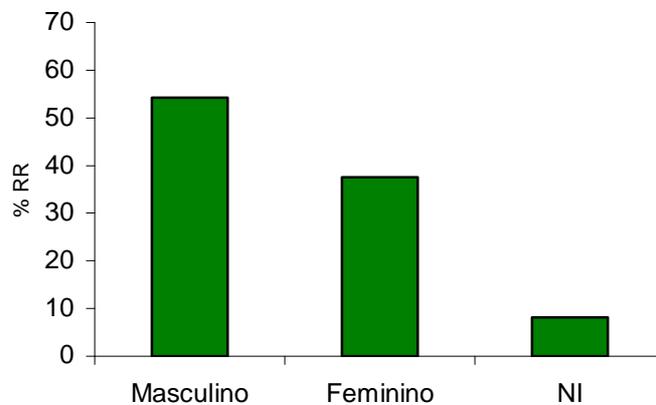


Gráfico 4: Frequência de RR conforme o gênero dos consulentes. NI: não identificado. (n=282)

#### 4.1.5 - Uso de impresso padronizado

Neste estudo, 268 (95%) dos RR analisados foram escritos em impressos padronizados. Foram encontrados quatro modelos diferentes de impressos próprios de RR, dependendo do local de origem (ANEXOS 1, 2, 3, 4).

#### 4.1.6 - Diagnóstico

Os RR foram separados em três grupos para análise dos diagnósticos. O grupo A englobou problemas são passíveis de serem atendidos ao nível da atenção básica (AB). O grupo B foi representado pelos problemas que em geral necessitam de avaliação pela especialidade (endocrinologia) e o grupo C quando não houve diagnóstico definido ou suspeitado.

As tabelas 1, 2, 3 e 4 mostram os grupos A, B e C, construídos a partir da variável diagnóstico endocrinológico, permitindo-se que um mesmo RR fosse incluído em mais de um grupo quando apresentasse mais de um diagnóstico.

Em relação aos grupos de diagnósticos, verificou-se que o total de diagnósticos foi de 305, sendo 173 (57%) de doenças do grupo A, 98 (32%) do grupo B e 34 (11%) do grupo C (Tabela 1).

Tabela 1: Freqüência de Diagnósticos contidos nos Relatórios de Referência por grupos (A, B ou C).

Grupos	N <sup>o</sup>	%
Problemas abordáveis na AB (A)	173	57
Problemas próprios da endocrinologia (B)	98	32
Ausência de diagnóstico definido (C)	34	11
Total	305	100

Permitido mais de um diagnóstico por RR.

As tabelas 2, 3 e 4 detalham os diagnósticos ou condições encontradas nos grupos A, B e C respectivamente. Merece destaque que o *diabetes mellitus 2* (e o pré-DM) e o hipotireoidismo primário representaram 44% e 30% dos problemas que considerados como abordáveis na atenção básica, respectivamente (grupo A). O hipertireoidismo e condições afins responderam por 44% dos diagnósticos do grupo B (tabela 3).

Tabela 2: Problemas abordáveis na Atenção Básica (Grupo A).

<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
DM2 ou pré DM	76	44
Hipotireoidismo primário	51	30
Bócio	23	13
Obesidade	18	10
Dislipidemia	5	3
Total	173	100

Tabela 3: Doenças de abordagem próprios da endocrinologia relatadas nos Relatórios de Referência (Grupo B).

<b>Doenças endócrinas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Hipertireoidismo e afins	43	44
<i>Diabetes mellitus 1</i>	19	19
Nódulos da tireóide	16	16
Hiperprolactinemia/galactorréia	4	4
Pós-operatório de tireoidectomia	4	4
Tumores da tireóide	3	3
Ginecomastia	3	3
Doenças da paratireóide	2	2
Síndrome genética	2	2
Hipoglicemia	1	1
Amenorréia	1	1
Total	98	100

Tabela 4: Outros problemas contidos nos Relatórios de Referência(Grupo C).

<b>Outros Problemas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diagnósticos não definidos	18	53
Alterações ou dúvidas sobre exames complementares	16	47
Total	34	100

Em relação aos 305 diagnósticos explicitados, foram 140 (46%) doenças da tireóide, 96 (31%) *diabetes mellitus*/hipoglicemia, 18 (6%) obesidade, 17 (6%) outros diagnósticos endocrinológicos e 34 (11%) não especificados (Tabela 5).

Tabela 5: Problemas endócrinos relatados nos RR por grupos de doenças.

<b>Doenças endócrinas (grupos)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Doenças da tireóide	140	46
<i>Diabetes mellitus</i> /hipoglicemia	96	31
Não especificados	34	11
Obesidade	18	6
Outros	17	6
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100</b>

Doenças endócrinas presentes nos grupos A e B. (n=305)

A tabela 6 mostra a freqüência nos três grupos, quando não foi permitido mais de um diagnóstico por RR, utilizando a seguinte ordem de prioridade: o grupo B prevalece sobre o grupo A que prevalece sobre o grupo C.

Tabela 6: Freqüência de Diagnósticos contidos nos Relatórios de Referência por grupos (A, B ou C).

<b>Grupos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Problemas abordáveis na AB (A)	154	55
Problemas próprios da endocrinologia (B)	94	33
Ausência de diagnóstico definido (C)	34	12
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100</b>

Permitido apenas um diagnóstico por RR.

#### 4.1.7 - Idade do paciente

Em 59 RR (21%) o consulente não explicitou a idade do paciente. Dos 223 RR, a idade dos pacientes referidos variou de 14 a 86 anos, com média de 45,7 anos e desvio padrão de 16,2. Foram encontrados 45 pacientes (21%) com idade superior a 60 anos e 4 (2%) com idade superior a 80 anos.

#### 4.1.8 - Legibilidade

A legibilidade foi definida a partir da contagem do número de palavras contidas nos RR e posteriormente contadas as palavras ilegíveis. Dos 282 RR, 275 (98%) apresentaram legibilidade acima de 75% das palavras, 7 (2%) com menos de 75%..

#### 4.1.9 - Informações contidas nos RR

A história clínica estava descrita em 75 (27%) dos RR, o exame físico em 27 (10%), a descrição de exames complementares em 66 (23%), o diagnóstico em 200 (71%) e relatos de tratamentos recentes ou prévios em 61 (22%). Foram também encontrados relatos sobre o planejamento do tratamento em 7 (3%), adesão ao

tratamento e/ou propedêutica em 7 (3%), gravidade em 5 (2%), transtornos psíquicos em 2 (1%), condições sócio-econômicas em 1 (0,3%), aspectos culturais e/ou biológicos em 1 (0,3%), sendo que não foram encontrados relatos sobre atributos pessoais (Tabela 7). Considerando-se o número de informações contidas nos RR, observou-se que 47% continham 2 informações ou menos.

Tabela 7: Informações contidas nos RR.

<b>Informação</b>	<b>Nº (%)</b>
Diagnóstico	200 (71)
História clínica	75 (27)
Exames complementares	66 (23)
Tratamentos prévios ou atuais	61 (22)
Exame físico	27 (10)
Planejamento	7 (3)
Adesão ao tratamento e/ou propedêutica	7 (3)
Gravidade	5 (2)
Transtornos psíquicos	2 (1)
Condição sócio-econômica	1 (0,3)
Aspectos culturais e/ou biológicos	1 (0,3)
Atributos pessoais	0

#### 4.1.10 - Presença do motivo da solicitação

O motivo da solicitação estava presente em 274 (97%) RR.

#### 4.1.11 - Destino proposto pelo consultor após avaliação do RR

A tabela 8 mostra que o consultor considerou o conteúdo de 217 RR (77%) suficientes para que tomasse uma decisão. Adicionalmente 140 RR (50%) foram aceitos para agendamento.

Tabela 8: Destino proposto pelo consultor após avaliação dos RR.

<b>Destino</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Aceito para agendamento	142	50
Depende de informações adicionais	65	23
Não aceito ou deve ser referido para outro setor	77	27
Total	282	100

## 4.2 - Comparação dos RR por local de Origem (HC, PBH e RMBH)

### 4.2.1 - Especialidade médica do consulente

Houve diferença estatisticamente significativa quanto à especialidade do consulente por origem do RR. A frequência de RR emitidos por CLN foi maior no grupo não HC em relação ao HC (80% *versus* 12%, n=232; p<0,001) (Tabela 9).

Tabela 9: Especialidade do consulente por origem institucional dos Relatórios de Referência.

Origem	CLN		ESP		NI		Total	
	N <sup>o</sup>	%						
HC	18	10	136	74	30	16	184	100
PBH	37	70	11	21	5	9	53	100
RMBH	26	58	4	9	15	33	45	100
Total	81	29	151	53	50	18	282	100

HC: Hospital das Clínicas; PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; RMBH: Municípios da região Metropolitana de Belo Horizonte. CLN: Clínicos; ESP: especialistas; NI: Não identificados. Diferença entre RR emitidas por CLN e ES,  $\chi^2=108$ ; p<0,001. Comparando-se HC e não HC (PBH e RMBH) obteve-se  $\chi^2=107,4$ ; p<0,001. (n=232)

### 4.2.2 – Tempo de formado

A origem do RR apresentou influenciou a frequência de RR conforme o tempo ao tempo de formado do consulente. A frequência de RR emitido por médicos com mais de 9 anos de formado foi superior no grupo não HC (65% *versus* 44%, p< 0,004) (Tabela 10).

Tabela 10: Tempo de formado do consulente por origem institucional.

Origem	> 9 anos de formado		≤ 9 anos de formado		NI		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HC	74	40	93	51	17	9	184	100
PBH	24	45	17	32	12	23	53	100
RMBH	29	64	12	27	4	9	45	100
Total	127	45	122	43	33	12	282	100

HC: Hospital das Clínicas; PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; RMBH: Municípios da região Metropolitana de Belo Horizonte. CLN: Clínicos; ESP: especialistas; NI: Não identificados. Diferença entre RR de médicos com tempo de formado inferior ou superior a 9 anos:  $\chi^2=10,3$ ; p<0,0057; Comparando-se HC e não HC:  $\chi^2=8,29$ ; p=0,0039 (n=249).

#### 4.2.3 - Gênero do consulente

A origem do RR não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à distribuição de gênero dos médicos consulentes ( $\chi^2=0,03$ ;  $n=258$ ;  $p=0,8211$ ).

#### 4.2.4 - Uso de impresso padronizado

No grupo HC 181 (98%) RR foram emitidos em impresso padronizado e 3 (2%) não padronizado. No grupo PBH 48 (91%) RR foram emitidos em impresso padronizado e 5 (10%) não padronizado. No grupo RMBH 39 (87%) RE foram emitidos em impresso padronizado e 6 (13%) não padronizado. A origem institucional influenciou o uso do impresso padronizado, ocorrendo com maior frequência no HC quando comparado aos outros grupos (98% versus 89%;  $n=282$ ;  $p=0,001$ ) (Gráfico 5).

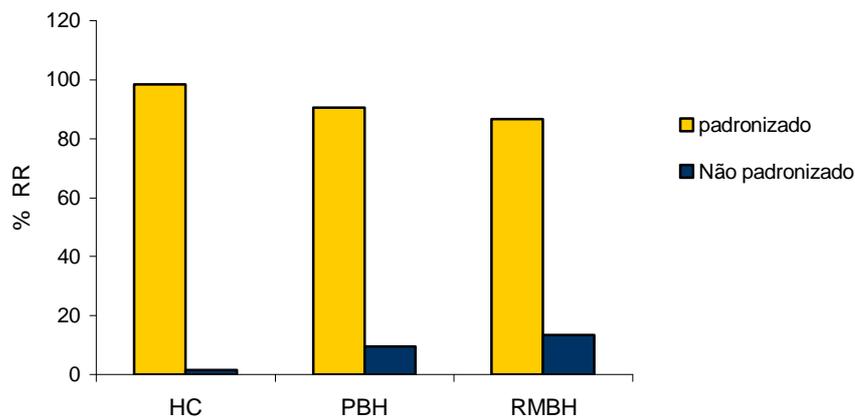


Gráfico 5: Percentual de RR emitidos em impresso padronizado conforme a origem institucional:  $\chi^2=13,26$ ;  $p=0,001$ . (N=282)

#### 4.2.5 - Diagnóstico

A origem institucional dos RR não influenciou a frequência de diagnósticos por grupos (A, B ou C) ( $\chi^2=4,47$ ;  $p=0,346$ ) (Gráfico 6). Do mesmo modo, a origem (HC versus não HC) não influenciou a frequência de RR não apropriados (grupos A e C).

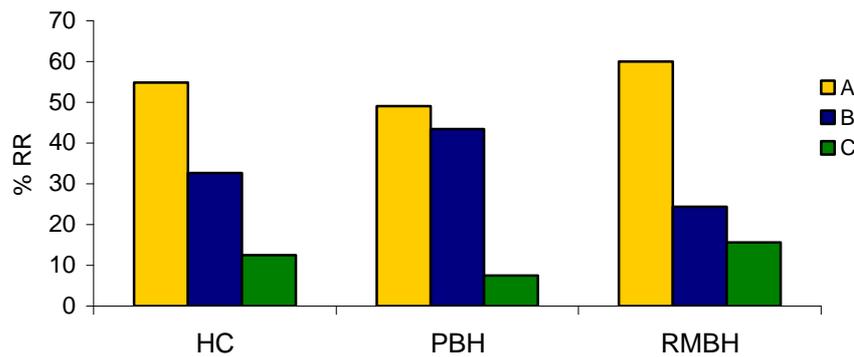


Gráfico 6: Percentual de diagnósticos por grupos de doenças conforme a origem institucional dos RR. HC: Hospital das Clínicas da UFMG; PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte. Grupo A: Transtornos passíveis de abordagem pela atenção básica; Grupo B: Transtornos abordáveis pela endocrinologia; Grupo C: Outras doenças ou quando não houve diagnóstico definido ou suspeitado.

#### 4.2.6 - Idade do paciente

A idade média dos pacientes nos RR do HC ( $47,1 \pm 1,3$  anos) não foi diferente quando comparada à do grupo não HC (PBH + RMBH) ( $42,8 \pm 2,0$  anos) ( $p = 0,064$ ). A frequência de citação da idade do paciente foi menor no grupo RMBH (82% no HC; 87% na PBH; 40% na RMBH;  $\chi^2=38,31$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.2.7 - Legibilidade

A origem institucional dos RR não influenciou na legibilidade dos mesmos ( $p = 0,18$ ).

#### 4.2.8 - Informações contidas nos RR

Dos 184 RR oriundos do HC, 40 (22%) apresentaram informações sobre a história clínica, 17 (9%) sobre o exame físico, 40 (22%) sobre exames complementares, 121 (66%) sobre o diagnóstico do paciente e 28 (15%) sobre tratamento (prévio ou atual). No grupo PBH, dos 53 RR, 26 (49%) apresentaram informações sobre a história clínica, 9 (17%) sobre o exame físico, 19 (36%) sobre exames complementares, 45 (85%) sobre o diagnóstico do paciente e 21 (40%) sobre tratamento (prévio ou atual). No grupo RMBH, dos 45 RR, 9 (20%) apresentaram informações sobre a história clínica, 1 (2%) sobre o exame físico, 7 (16%) sobre exames complementares, 34 (76%) sobre o diagnóstico do paciente e 12 (27%) sobre tratamento (prévio ou atual). Os demais itens não foram analisados devido à baixa frequência observada nos RR, tornando a comparação insuficiente. A frequência das informações contidas nos RR do grupo PBH foram superiores em todos os itens

analisados. Os resultados obtidos foram: história clínica ( $\chi^2=16,92$ ;  $p=0,002$ ); exame físico ( $\chi^2=6,19$ ;  $p=0,045$ ); exames complementares ( $\chi^2=6,41$ ;  $p = 0,004$ ); diagnóstico ( $\chi^2=7,87$ ;  $p=0,02$ ); tratamento ( $\chi^2=15,37$ ;  $p=0,0005$ ) (Gráfico 7). A frequência de RR com três ou mais informações foi maior nos oriundos da PBH (45%) quando comparados com os do HC (18%) e RMBH (11%) ( $p = 0,0001$ ).

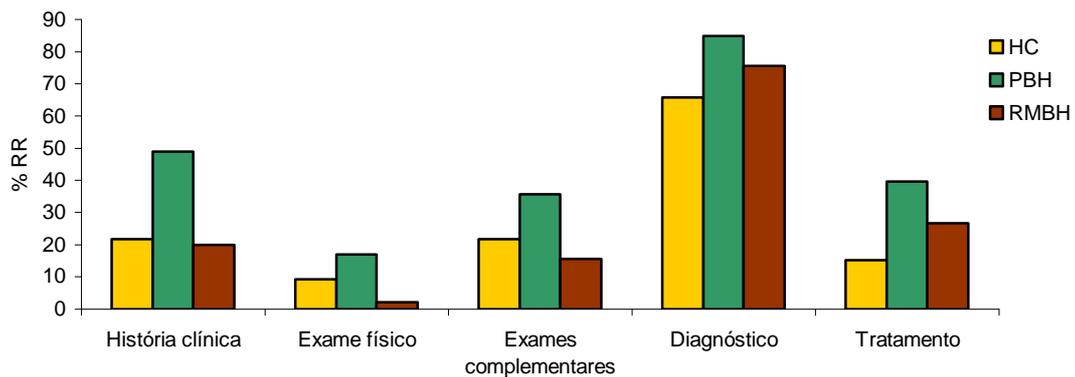


Gráfico 7: Percentual de informações contidas nos Relatórios de Referência (RR) conforme a origem institucional. HC: Hospital das Clínicas da UFMG; PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte. Comparando-se: história clínica,  $\chi^2=16,92$ ,  $p=0,002$ ; exame físico:  $\chi^2=6,19$ ,  $p=0,045$ ; exames complementares:  $\chi^2=6,41$ ,  $p=0,04$ ; diagnóstico:  $\chi^2=7,87$ ,  $p=0,02$ ; tratamento:  $\chi^2=15,37$ ;  $p=0,0005$ .

#### 4.2.9 - Presença do motivo da solicitação

A origem institucional dos RR não influenciou na presença do motivo da solicitação pelo consultante ( $p=0,075$ ).

#### 4.2.10 - Suficiência para uma tomada de decisão após análise do consultor

Em relação à decisão do consultor quanto à suficiência dos RR para uma tomada de decisão observou-se que:

- 155 (84%) dos RR oriundos do HC, 37 (70%) da PBH e 25 (56%) da RMBH foram suficientes para a decisão (respostas 1 e 3 do item 9 do ANEXO 1).
- 86 (47%) dos RR do HC, 32 (60%) da PBH e 22 (49%) da RMBH foram aceitos para agendamento (resposta 1 do item 9 do ANEXO 1).
- 69 (37%) dos RR do HC, 5 (9%) da PBH e 3 (7%) da RMBH não foram aceitos para agendamento (opção 3 do item 9 do ANEXO 1).

Os RR oriundos do HC foram mais freqüentemente suficientes para a tomada de decisão do consultor ( $\chi^2=17,2$ ;  $p<0,001$ ) e não foram aceitos para agendamento ( $\chi^2=27,41$ ;  $p<0,001$ ). Não houve diferença quanto à freqüência de agendamento (opção 1) conforme a instituição de origem (Tabela 11).

Tabela 11: Destino proposto para os Relatórios de Referência conforme a origem institucional.

Origem	Aceito		Depende de informações		Não aceito (ou referido a outro setor)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HC	86	47	29	16	69	37	184	100
PBH	32	60	16	30	5	9	53	100
RMBH	22	49	20	44	3	7	45	100
Total	140	50	65	23	77	27	282	100

HC:Hospital das Clínicas da UFMG; PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte. RR do HC. (n=282)

### 4.3 - Descrição e comparação dos RR quanto à suficiência para decisão após a análise do consultor

Os RR foram analisados quanto ao destino proposto pelo consultor e separados em dois grupos: suficiente (opção 1 e 3 do item 9 do APÊNDICE 1) ou insuficiente (opção 2 do item 9 do APÊNDICE 1).

#### 4.3.1 - Origem (descrito no em 4.2.10)

#### 4.3.2 - Especialidade (CLN versus ESP)

A especialidade do consulente influenciou a suficiência para a decisão do consultor. A freqüência de RR considerados suficientes foi maior nos elaborados por ESP que nos elaborados por CLN (90% e 55%, respectivamente;  $p<0,001$ ). Quando se analisou separadamente por origem institucional esta diferença se mantém apenas no HC (93% versus 28%;  $p<0,001$ ) (Tabela 12).

Tabela 12: Destino proposto para os Relatórios de Referência a conforme especialidade e origem institucional do consulente.

Origem	Decisão					Total
	ESP	Não suficiente	Aceito	Não aceito	Suficiente	
HC	CLN	13	4	1	5	18
	ESP	10	74	52	126	136
	NI	6	8	16	24	30
	Total	29	86	69	155	184
	CLN	23	39	0	39	63
Não HC	ESP	5	5	5	10	15
	NI	7	10	3	13	20
	Total	35	54	8	62	98

HC: Hospital das Clínicas da UFMG; Não HC: PBH - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte. CLN: clínico geral; ESP: especialista; NI: não identificado. Comparando-se CLN e ESP do HC com a suficiência para a decisão obteve-se  $\chi^2=50,9$ ;  $p<0,001$ . NI: Não identificado. Comparando-se CLN e ESP não HC com a suficiência para a decisão obteve-se  $\chi^2=0$ ;  $p=0,98$ . NI: Não identificado.

#### 4.3.3 – Tempo de formado

A suficiência para a decisão do consultor não foi influenciada pelo tempo de formado do consulente, o mesmo ocorrendo quando se avaliou separadamente pela origem institucional.

#### 4.3.4 - Gênero do consulente

A suficiência para a decisão do consultor não foi influenciada pelo gênero do consulente, o mesmo ocorrendo quando se avaliou separadamente pela origem institucional.

#### 4.3.5 - Uso de impresso padronizado

A suficiência para a decisão do consultor não foi influenciada pelo uso de impresso padronizado, o mesmo ocorrendo quando se avaliou separadamente pela origem institucional.

#### 4.3.6 - Diagnóstico

O diagnóstico (grupos A, B ou C) presente nos RR influenciou a suficiência para a decisão do consultor. O grupo B (próprios da especialidade) apresentou uma maior frequência de RR suficientes quando comparados à dos grupos A e C (87% *versus* 72%;  $\chi^2=8,05$ ;  $p=0,005$ ). Considerando-se a origem institucional separadamente, esta diferença se manteve apenas no grupo não HC (PBH + RMBH) ( $\chi^2=13,4$ ;  $p<0,001$ ) (Tabela 13).

Tabela 13: Destino proposto para os Relatórios de Referência conforme a origem institucional do consultante e o grupo de diagnóstico.

Origem	Grupo diagnóstico	Decisão			Total
		Não suficiente	Suficiente		
			Aceito	Não aceito	
HC	Problemas abordáveis na AB	16	28	57	101
	Problemas próprios da endocrinologia	8	47	5	60
	Ausência de diagnóstico definido	5	11	7	23
	<b>Total</b>	29	86	69	184
Não HC	Problemas abordáveis na AB	25	20	7	53
	Problemas próprios da endocrinologia	4	29	1	34
	Ausência de diagnóstico definido	6	5	0	11
	<b>Total</b>	35	54	8	98

HC: Hospital das Clínicas da UFMG; Não HC: PBH - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte. AB: Atenção básica. (n=282)

#### 4.3.7 - Idade do paciente

A idade do paciente não influenciou a suficiência da decisão do consultor, o mesmo ocorrendo quando se avaliou separadamente pela origem institucional.

#### **4.3.8 - Legibilidade**

A legibilidade não influenciou a suficiência para a decisão do consultor. Esta análise foi comprometida pelo número reduzido de RR considerados insuficientes na amostra analisada.

#### **4.3.9 - Informações contidas nos RR**

A presença de informações da história clínica, exame físico, exames complementares, diagnóstico e tratamento não influenciaram a suficiência para a decisão do pesquisador.

#### **4.3.10 - Número de informações contidas nos RR**

O número de informações contidas no RR não influenciou na suficiência para a decisão do pesquisador.

#### **4.3.11 - Presença do motivo da solicitação**

A explicitação do motivo da solicitação não influenciou na suficiência para a decisão do pesquisador.

### **4.4 - Descrição e comparação dos RR quanto à aceitação para agendamento de interconsulta após a análise do consultor**

Os RR foram analisados quanto ao destino proposto pelo consultor, e separados em dois grupos: aceitos (opção 1 do item 9 do ANEXO 1) ou não aceitos (opções 2 e 3) para agendamento de interconsulta.

#### **4.4.1 - Origem institucional dos RR**

A origem institucional do RR não influenciou na sua aceitação para agendamento de interconsulta.

#### **4.4.2 - Especialidade do consulente**

A especialidade do consulente não influenciou na aceitação dos RR para agendamento de interconsulta.

#### **4.4.3 – Tempo de formado**

O tempo de formado não influenciou na aceitação dos RR.

#### **4.4.4 - Gênero do consulente**

O gênero do consulente não influenciou na aceitação do RR.

#### 4.4.5 - Uso de impresso padronizado

O uso de impresso padronizado não influenciou na aceitação do RR para agendamento de interconsulta.

#### 4.4.6 - Diagnóstico (por grupo)

O diagnóstico relatado no RR influenciou na aceitação do mesmo, ocorrendo com maior frequência nos diagnósticos do grupo B ( $p < 0,001$ ).

#### 4.4.7 - Legibilidade

A legibilidade não influenciou na aceitação do RR para agendamento ( $p = 0,12$ ).

#### 4.4.8 - Informações contidas nos RR

A presença de relatos sobre o exame físico, história clínica, exames complementares influenciaram na aceitação do RR para agendamento. A presença do diagnóstico e do tratamento não influenciou na aceitação (Gráfico 8).

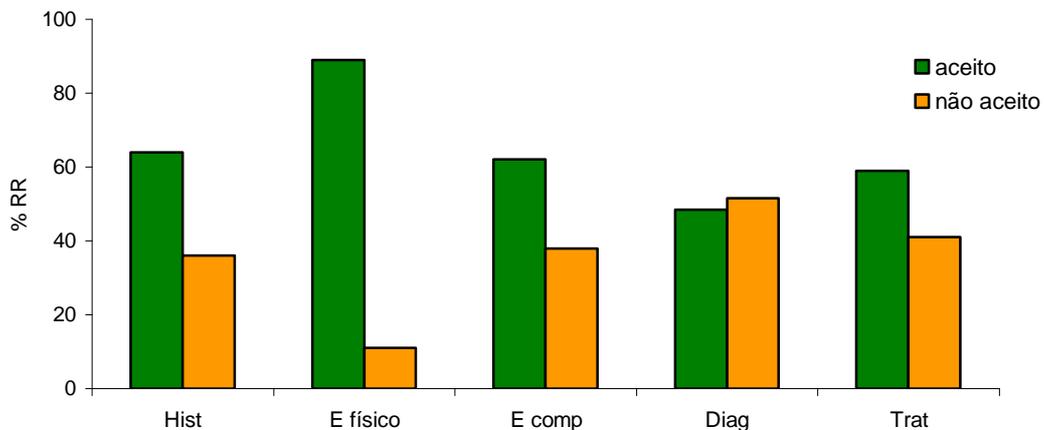


Gráfico 8: Percentual de Relatórios de Referência (RR) aceitos para agendamento conforme as informações contidas. Hist: história clínica; E físico: exame físico; E comp: exames complementares; Diag: diagnóstico; Trat: tratamento.

#### 4.4.9 - Número de informações contidas nos RR

O número de informações contidas nos RR influenciou de maneira estatisticamente significativa na aceitação. A presença de 3 ou mais informações aumentou a aceitação ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 9).

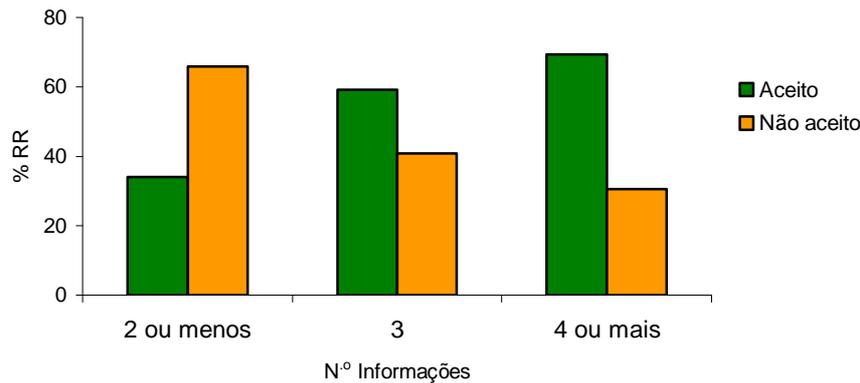


Gráfico 9: Percentual de Relatórios de Referência (RR) aceitos para agendamento conforme o número de informações contidas. Considerando-se 3 ou mais informações, obteve-se  $p < 0,001$ .

#### 4.4.10 - Presença do motivo da solicitação

A explicitação do motivo da solicitação não influenciou na aceitação dos RR.

#### 4.5 - Comparação dos RR quanto à especialidade do consulente

Foi realizada a análise de cada variável em geral e após separação por origem institucional, que é um parâmetro (variável) que influenciou (ou se associou) fortemente ao perfil de especialidade ( $r=0,647$ ,  $p=0,01$ ).

##### 4.5.1 - Origem institucional dos RR (descrito em 4.2.1)

A origem institucional foi um parâmetro que influenciou ou se associou fortemente ao perfil de especialidade.

##### 4.5.2 – Tempo de formado

O tempo de formado não influenciou na especialidade do consulente ( $\chi^2=3,76$ ;  $p=0,152$ ). Separando-se os RR quanto à origem institucional o mesmo resultado foi observado ( $\chi^2=2,40$ ;  $p=0,12$ ).

##### 4.5.3 - Gênero do consulente

A especialidade não influenciou o gênero do consulente, mesmo quando analisada separadamente quanto à origem institucional dos RR.

#### 4.5.4 - Uso de impresso padronizado

A especialidade do consulente não influenciou a utilização de impresso padronizado, mesmo quando analisada separadamente quanto à origem institucional dos RR.

#### 4.5.5 - Diagnóstico

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à especialidade do consulente e o tipo de diagnóstico (grupos A, B ou C), mesmo quando analisada separadamente quanto à origem institucional dos RR.

Separando-se os diagnósticos endócrinos em doenças tireoidianas, *diabetes mellitus*, obesidade e outros, observou-se maior frequência de RR com diagnóstico de *diabetes mellitus* no grupo CLN em relação ao ESP (45% *versus* 27%,  $\chi^2=7,80$ ;  $p=0,02$ ). O mesmo ocorreu em relação ao diagnóstico de *diabetes mellitus* 1 (DM1) (12% *versus* 27%,  $\chi^2=7,15$ ;  $p=0,02$ ). Por outro lado, a frequência de RR em diagnóstico de outros problemas endócrinos é maior no grupo ESP (10% *versus* 1%,  $\chi^2=8,69$ ;  $p=0,013$ ).

A especialidade do consulente não influenciou a frequência de RR com diagnóstico de DM2, obesidade ou de doença tireoidiana.

Não foi possível analisar a influência do diagnóstico após separar a origem institucional devido ao “n” pequeno.

#### 4.5.6 - Idade do paciente

A especialidade do consulente não influenciou a idade do paciente, mesmo quando analisada separadamente quanto à origem institucional dos RR.

#### 4.5.7 - Legibilidade

A legibilidade não foi influenciada pela especialidade do consulente. Vale ressaltar que o n pequeno de RR ilegíveis comprometeu a análise.

#### 4.5.8 - Informações contidas nos RR

A especialidade do consulente influenciou a presença de dados da história clínica, sendo este mais freqüente no grupo CLN (41% *versus* 28%  $\chi^2=9,89$ ;  $p=0,007$ ). Quando se analisa separadamente quanto à origem institucional tal influência não é observada.

A especialidade do consulente influenciou a presença de dados do tratamento (42% no grupo CLN e 19% em ESP;  $\chi^2=18,79$ ;  $p<0,001$ ). Quando analisado

separadamente quanto à origem institucional, esta diferença persiste apenas entre os RR do grupo não HC (45% versus 0%,  $\chi^2=13,07$ ;  $p=0,001$ ).

A especialidade do consulente influenciou a presença de diagnóstico, exclusivamente nos RR do grupo não HC, sendo 90% no grupo CLN e 53% no ESP. A especialidade do consulente não influenciou a presença de dados do exame físico e exames complementares, mesmo quando analisada separadamente quanto à origem institucional dos RR.

#### **4.5.9 - Número de informações contidas nos RR**

A especialidade do consulente influenciou o número de informações contidas nos RR. A frequência de RR do grupo CLN com 3 ou mais informações (40%) foi superior em relação ao grupo ESP (17%) ( $\chi^2=20,3$ ;  $p<0,001$ ). Quando analisada separadamente quanto à origem institucional esta influência se manteve (no grupo HC com  $p=0,002$ ; não HC com  $p=0,005$ ).

#### **4.5.10 - Presença do motivo da solicitação**

A presença do motivo da solicitação não foi influenciada pela especialidade do consulente. Esta análise foi comprometida pelo n pequeno de RR que não apresentaram o motivo.

#### **4.6 - Comparação dos RR quanto à presença ou não de impresso padronizado**

Não houve influência da utilização de impresso padronizado em todos os aspectos considerados: origem institucional, tempo de formado, gênero do consulente, tipo de problema apresentado, idade do paciente, legibilidade, informações contidas, número de informações, presença do motivo da solicitação, suficiência para a decisão e aceitação do RR. Destaca-se que o número pequeno de impressos não padronizados comprometeu esta comparação.

#### **4.7 - Comparação dos RR quanto à concordância da decisão entre os pesquisadores**

A decisão quanto ao agendamento ou não da interconsulta foi realizada pelos dois pesquisadores e comparada por intermédio do índice de  $\kappa$  (KAPPA), sendo encontrado o valor de 0,652 (SPSS), o que indica que houve boa concordância.

## 5 - DISCUSSÃO

Na análise geral dos RR observou-se que 65% foram emitidos por médicos do Hospital das Clínicas (HC), o que pode ser explicado pelo fato deste estudo ter sido realizado em uma estrutura universitária, que atende a clientela do HC e também da rede pública. Deve-se levar em consideração que, apesar de inserida na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) com Gestão Municipal Plena, o SEEM não é a única referência em endocrinologia do município de Belo Horizonte, e também não está submetido ao agendamento por intermédio da Central de Marcação de Consultas da Rede Municipal de Saúde.

A análise geral do perfil do médico consulente mostrou que 65% dos RR foram emitidos por especialistas. Na comparação entre os grupos, o HC apresentou maior frequência de especialistas (88%). Isto pode ser explicado pelo fato do HC se organizar preferencialmente em torno dos serviços de especialidade que, por sua vez, têm grande envolvimento com a formação médica. De fato, no HC, 77% das vagas do concurso para admissão na residência médica são para as especialidades.

Observou-se que 43% dos RR foram emitidos por médicos com menos de nove anos de formados. No HC houve maior frequência de consulentes com menos de 9 anos de formados (54% contra 35% de fora do HC), o que pode ser explicado pela maior concentração de médicos residentes no mesmo. Este fato se reforça com a observação que a especialidade não influenciou o CRM-MG no grupo HC. Já a análise do grupo não HC mostrou maior frequência de consulentes com mais de nove anos de formados e também que a especialidade (CLN ou ESP) não se relacionou com o número do registro no CRM-MG. Este dado não estaria de acordo com a noção de que entre CLN (comparados com ESP) há uma maior rotatividade e um número maior de recém-formados atuando no PSF.

Neste estudo observou-se uma frequência elevada de RR emitidos em impresso padronizado, sendo maior no grupo HC (98%) quando comparado ao grupo não HC (88%). Em um estudo realizado por Navarro et al (2002) em São Paulo foram comparados RR padronizados ou não, oriundos do serviço público e privado observaram que 31% de RR foram emitidos em impressos padronizados. A frequência de utilização de impressos padronizados foi superior quando considerados apenas RR oriundos do serviço público.

Analisando os grupos de diagnósticos relatados nos RR em geral, observou-se em 68% deles a abordagem poderia ser feita inicialmente na atenção básica (AB), considerando o ponto de vista do consultor (especialista). Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparada à origem institucional à especialidade

do consulente. Em nosso meio, existem vários fatores que podem ter colaborado para este elevado percentual de RR que poderiam ser abordados na AB, embora este não tenha sido objeto de nosso estudo. O fato de estarmos em um ambiente acadêmico e da maioria dos RR ser oriunda do HC pode ter interferido em aumento de solicitação, bem como o fato de serem preferencialmente especialistas encaminhando para a especialidade um paciente que não possui um médico na AB.

As dificuldades enfrentadas pelo clínico (CLN) da AB, como a demanda excessiva de pacientes, a dificuldade de acesso do mesmo à propedêutica complementar também são fatores que podem estar associados a um excesso de solicitação de interconsultas a especialistas. Também a falta de apoio ao médico da AB aumenta a chance do mesmo praticar uma medicina defensiva, com excesso de utilização dos recursos disponíveis, incluindo o encaminhamento a serviços de especialidade. Em um estudo realizado na Inglaterra 1994, Elwyn avaliou retrospectivamente RR emitidos por ele em conjunto com outro pesquisador e concluiu que 34% dos RR analisados teoricamente poderiam ser evitáveis. Jenkins (1993) concluiu em seu estudo que 13% dos RR em geral analisados seriam inapropriados. Considerando que os mesmos foram enviados para várias especialidades, encontrou uma frequência maior quando o RR havia sido encaminhado a um especialista clínico (20%) comparado a um especialista cirúrgico (9%).

Em nosso trabalho, 44% dos RR apresentaram o diagnóstico de *Diabetes mellitus 2* e problemas correlatos, 29% hipotireoidismo primário, 13% bócio e 10% obesidade. Em grande parte destes relatórios o esclarecimento da dúvida do consulente poderia ser feito por intermédio de uma interconsulta à distância, sem a necessidade da presença do paciente. Desta forma haveria um incremento da comunicação entre os médicos que atuam na AB e os especialistas. Em um estudo realizado em 1999, Donohoe et al. consideraram cerca de 30% das referências como possivelmente inapropriadas. Kuo et al. (1998) realizaram um trabalho sobre consultoria não presencial (fax, email ou telefone) e aproximadamente metade dos médicos da AB considerou que este tipo de consultoria seria uma maneira de atualização em relação aos conhecimentos médicos mais recentes.

Segundo Elwyn & Stott (1994); Lee et al. (1997), Donohoe et al. (1999); Ghandhi et al. (2000), e Kvame et al. (2001), o aprendizado de procedimentos simples por parte de médicos que atendem na atenção básica (AB) e a possibilidade de melhoria na comunicação com o especialista podem colaborar e muito para uma maior resolubilidade dos problemas de saúde abordados na AB reduzindo com isso as filas de espera por especialistas e os custos da atenção. Desta forma, os especialistas seriam incumbidos de lidar com tarefas mais especializadas, com maior rapidez no

atendimento das solicitações, abrindo espaço para a consultoria à distância. A satisfação dos profissionais envolvidos geraria redução dos conflitos e da competição entre os médicos que atuam na AB e os especialistas, que devem entender o caráter de complementaridade de sua atuação. Além disso, o médico que não recebe apoio acaba por praticar uma medicina defensiva, implicando em menor equidade e qualidade e aumento do custo assistencial. Ghandhi et al (2000) sugeriram também de que esforços deveriam ser empreendidos para aumentar a satisfação dos médicos e a qualidade da assistência ao paciente. Wright et al (1996) afirmam que o RR representa o papel principal na comunicação entre os médicos e é um aspecto importante para a qualidade do cuidado. Também Bourguet (1998) sugere que estratégias deveriam ser direcionadas para melhorar a comunicação entre os médicos da AB e os especialistas, e que a melhora do comportamento dos primeiros pode influenciar a melhora por parte dos consultores.

Em relação ao número de informações, verificou-se que 47% dos RR continham 2 ou menos. A maior aceitação para agendamento da interconsulta após a análise do consultor ocorreu nos RR que apresentaram três ou mais informações. Estes dados estão de acordo com o citado por Grol et al. (2003) que ao estudarem 637 cartas de referência (RR) de médicos generalistas (AB) observaram que quando quatro ou mais informações estavam presentes no RR os mesmos foram considerados mais adequados pelos especialistas, principalmente quando continham dados da história clínica, achados de exame físico, investigações complementares realizadas, se houve ou não tratamento prévio e atual.

Quanto às informações contidas, em nosso estudo, observou-se que dados da história clínica estavam presentes em 27% dos RR, tratamento em 22%, exame físico em 10% e exames complementares em 23% e o diagnóstico em 71%. Também o motivo da solicitação estava presente em 92% dos RR. A tabela 14 mostra os resultados de trabalhos anteriores citados por Tattersall et al (2002). Em nosso estudo, dados da história clínica e exame físico foram menos freqüentes. Informações acerca do tratamento foram mais freqüentes no estudo de Newton et al. (1994), bem como no estudo de Carney (2006), que mostra freqüência de 83%. Outras diferenças foram a maior freqüência de dados de exames complementares (45%) no estudo de Hansen et al (1982) e de diagnóstico (95%) no estudo de Graham et al (1994). Estas diferenças podem ser atribuídas às características dos consulentes, da especialidade (referência), da utilização e do modelo de impresso padronizado, da complexidade nosológica e da origem institucional do consulente. É interessante observarmos que em todos os estudos há pelo menos um tipo de informação que está presente em 90% ou mais dos relatórios: história clínica nos estudos de Hansen e Newton, diagnóstico

no estudo de Graham e motivo da solicitação em nosso estudo. Em um trabalho publicado em 1998, Linne analisou RR encaminhados a um serviço especializado em obesidade e constatou que os mesmos apresentavam-se com informações insuficientes e sugere como explicação que muitos médicos consideraram que apenas o diagnóstico de obesidade seria suficiente para justificar a referência. Navarro et al (2002) concluiu que os RR feitos em impressos padronizados foram mais completos, trazendo mais informações como idade do paciente, endereço, história clínica e exame físico.

Tabela 14: Sumário de estudos com o percentual de informações contidas nos RR.

Informação	Hansen et al (n 141) (1982)	Newton et al (n 39) (1994)	Graham et al (n 80) (1994)	Nosso estudo (n 282) (2006)
Motivo para a referência	86%	95%	NR	92%
História Clínica	90%	95%	56%	27%
Tratamentos	29%	62%	31%	22%
Exame físico	66%	36%	46%	10%
Exames complementares	45%	15%	20%	23%
Diagnóstico provisório	66%	NR	95%	71%

Fonte: Tattersall et al (2002) modificado. NR: Não relatado neste estudo.

De fato, o nosso estudo mostrou que os relatórios oriundos da PBH ou elaborados por CLN foram mais completos, trazendo um número maior de informações e com maior frequência de dados da história clínica, tratamento, exame físico e exames complementares. É interessante comentar que provavelmente as variáveis “origem institucional” e “especialidade do consulente” representem um único fator, face à correlação moderadamente elevada entre elas ( $r=0,647$ ,  $p=0,01$ ), apontando para uma correlação natural. Neste sentido, verificamos que a influência da especialidade no número de informações desaparece quando se fixa a origem institucional e o mesmo ocorre com o efeito da origem institucional quando se analisa separadamente por especialidade do consulente. Especulamos que esta, e não a origem institucional seja a principal variável (fator) definidora do número e do tipo de informação. De fato, a correlação para o número de informações foi significativa para a especialidade do consulente ( $r=0,259$ ,  $p=0,01$ ), o que não ocorreu quando consideramos a origem institucional ( $r=0,027$ , não significativo - ns). O mesmo ocorreu para a história clínica ( $r=0,137$ ,  $p=0,05$  para especialidade;  $r=0,024$ , ns para origem), tratamento ( $r=0,237$ ,  $p=0,01$  para especialidade;  $0,098$ , ns para origem) e diagnóstico ( $r=0,154$ ,  $p=0,05$  para especialidade;  $0,04$ , ns para origem). Os clínicos (maioria dos

RR oriundos da PBH) tendem a uma abordagem mais integrada e completa, procurando uma maior resolução dos problemas do paciente. Por outro lado, aspectos institucionais podem ter influência. Os médicos da PBH são em sua maioria concursados, o que tecnicamente selecionaria médicos melhor preparados, o que poderia ser associado à elaboração de RR mais completos. Vale ressaltar que a PBH mantém um programa de educação permanente (EP), que aborda temas de relevância para a AB, como *diabetes mellitus* e doenças da tireóide, inclusive com a participação ativa da Faculdade de Medicina da UFMG. Outro fator que poderia ter influenciado é de que o estudo foi realizado 5 anos após o início do projeto de extensão de consultoria do SEEM, realizado com divulgação sistemática aos médicos de Centros de Saúde da PBH. Não foi objeto deste estudo nenhuma análise de intervenção. Estas especulações anteriores também não foram objetos desta investigação e para tanto sugerimos que novos estudos sejam feitos na busca de explicações para o fenômeno verificado.

A legibilidade dos RR foi superior a 75% das palavras em 98% dos mesmos, não sendo considerada como uma dificuldade pelo consultor. Este achado não está de acordo com a noção (impressão) de que os RR seriam ilegíveis. Há um viés de que os analisadores são especialistas e estão acostumados com o discurso apresentado nos RR. Por outro lado, este aspecto tende a ser minimizado com a redução de relatórios manuscritos, face à crescente informatização no sistema público de saúde.

O motivo da solicitação foi encontrado (explícito ou implícito) em 97% dos RR, não se observando influência da origem institucional. Por outro lado, o grupo CLN construiu RR com maior chance de apresentar o motivo. Esta informação é importante na comunicação com o especialista, pois define qual a dúvida a ser respondida ao médico consulente. Neste estudo observou-se que a presença do motivo não foi fundamental para a aceitação do agendamento da interconsulta. Por outro lado, Grol et al. (2003) consideraram a explicitação do motivo da solicitação de grande importância. Tattersall et al. (2002) relataram insatisfação dos médicos consultores em relação à ausência da explicitação do motivo da solicitação nos RR.

Este estudo, além de analisar sistematicamente os RR, procurou avaliar o que seria um relatório adequado. Destaca-se que o RCR privilegia o foco encaminhamento com transferência do paciente a outro serviço, e não o de consultoria e co-responsabilidade.

A definição de “adequação” ou “propriedade” de um RR levanta a idéia do que deveria conter um RR que fosse suficiente para uma decisão do consultor. Apontamos três situações distintas:

1. Quando for realizado para solicitação de uma interconsulta convencional (IC);

2. Quando se destina a transferência do paciente para outro serviço;
3. Caso seja feito para solicitar uma interconsulta não presencial (INC).

A discussão destas questões parte da consideração de que um serviço de especialidade (AS) tem uma limitação objetiva em atender à demanda existente e, deste modo, realiza uma avaliação prévia dos RR com o objetivo de adequação e definição da pertinência para o agendamento ou não de uma IC e também de iniciar o processo de INC.

O material nos permite discorrer acerca da primeira questão.

As variáveis que apresentaram uma boa correlação ( $r > 0,20$ ) com a variável “desfecho” (suficiência para tomada de decisão) foram a origem institucional ( $r=0,247$ ;  $p=0,01$ ) e especialidade do consulente ( $r=0,402$ ;  $p=0,01$ ), sendo observada correlação moderadamente elevada ( $r=0,647$ ;  $p=0,01$ ) entre elas. Isto se deve provavelmente à natureza das variáveis, existindo uma associação natural entre elas.

Outras variáveis apresentaram correlação significativa com o desfecho: exame físico ( $r=0,156$ ;  $p=0,01$ ), exames complementares ( $r=0,132$ ;  $p=0,05$ ), tipo de problema ( $r=0,169$ ;  $p=0,01$ ), obesidade ( $r=0,135$ ;  $p=0,05$ ), outros diagnósticos endócrinos ( $r=0,138$ ;  $p=0,05$ ).

Analisamos a suficiência em geral e fixamos a origem institucional e a especialidade do consulente.

Um RR oriundo do HC ou elaborado por especialista teve maior chance de ser suficiente principalmente à custa da não aceitação do agendamento da interconsulta. Quando se fixou a origem institucional, a influência da especialidade só foi verificada no HC (que teve maior número de RR). O mesmo não foi verificado nos RR do grupo não HC (PBH + RMBH). A nossa impressão é que a proximidade (o nosso serviço funciona dentro do HC) definiu uma maior porcentagem da resposta “depende de informações adicionais” para o grupo CLN do HC. No grupo não HC os dados mostraram que ocorreu aumento de RR aceitos para agendamento para o grupo CLN e uma redução para ESP.

O tempo de formado e o gênero do consulente, a legibilidade, presença do motivo da solicitação, uso de impresso padronizado, idade do paciente, a presença de dados da história clínica, diagnóstico, tratamento, exame físico e exames complementares não influenciaram na suficiência para a decisão do consultor.

A suficiência para a tomada de decisão por parte do consultor se relaciona à difícil, porém necessária tarefa que cabe ao serviço de especialidade (AS), que é a de aceitar o agendamento ou de recusar a solicitação do consulente. Esta se torna

necessária em função da limitada capacidade de atender toda a demanda por IC existente.

Do ponto de vista do consulente (solicitante), consideramos que a solicitação reflete a indiscutível necessidade de melhor atender ao paciente, e que o mesmo espera que a referência seja aceita e que uma IC seja agendada. É de nosso conhecimento que a IC é a forma ideal de se efetuar uma consultoria. Deste modo, analisamos que fatores influenciaram a decisão do consultor para aceitação do RR para agendamento de IC. Neste estudo, verificou-se que o agendamento da interconsulta, em geral, não teve correlação com a origem dos RR, com a especialidade do consulente, com o tempo de formado, com o gênero, com o uso de impresso padronizado e com a explicitação do motivo da solicitação. Por outro lado, observou-se correlação entre o número de informações contidas nos RR, sendo mais freqüente nos RR que apresentaram 3 ou mais informações e que continham dados do exame físico, história clínica, exames complementares e tratamento.

O grupo de diagnóstico B (doenças abordáveis pela endocrinologia) foi mais aceito para agendamento. Este resultado reforça a necessidade de uma definição do campo de atuação e da divisão de tarefas e responsabilidades entre AB e especialistas, uma vez que muitas doenças que são encaminhadas aos serviços de especialidade deveriam ser abordadas na AB. Kvame et al. (2001) sugeriram a necessidade de definição conjunta do campo de atuação, através da análise de comitês de cada especialidade em conjunto com representantes da AB, no sentido de melhor orientar os médicos na solicitação de interconsultas. No mesmo estudo propõem a necessidade de mudança de atitude de ambas as partes, sugerindo que o cuidado ao paciente seja conjunto, quando for o caso. Preston et al. (1999) relataram que muitos pacientes se sentem como se tivessem sido deixados no "limbo" quando enviados de uma parte a outra do sistema de saúde, sentimento este verificado por mim na prática médica diária, como clínico que atua na AB e que também acompanha um serviço de especialidade em endocrinologia.

## 6 - CONCLUSÃO

Podem-se destacar as seguintes observações e/ou considerações em nosso estudo:

1. A maioria dos pacientes referidos poderia ser abordada na AB, sob o ponto de vista do consultor em endocrinologia em um serviço público e universitário.
2. Os relatórios oriundos da PBH ou elaborados por clínicos foram mais completos.
3. A ilegibilidade não influenciou na suficiência e na aceitação do relatório.
4. Os seguintes parâmetros devem estar contidos nos relatórios de referência destinados a um serviço de endocrinologia, público e universitário:
  - Origem institucional do consulente
  - Especialidade do consulente
  - Diagnóstico (Grupo B)
  - História clínica
  - Exame físico
  - Exames complementares
5. A maioria dos RR foi feita em impressos padronizados.
6. Os relatórios oriundos do HC ou elaborados por ESP foram mais freqüentemente suficientes para a tomada de decisão, principalmente à custa da recusa do agendamento.

## 7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Estudo foi realizado em um Hospital Universitário, que não é a única referência no atendimento a pacientes referenciados à endocrinologia no município de Belo Horizonte e não está submetido à Central de Marcação de Consulta da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- O estudo avaliou apenas o ponto de vista de uma especialidade.
- Apesar de a maioria dos RR analisados no estudo ter sido feito em impresso padronizado, observou-se que existem vários tipos de impressos diferentes, o que dificultou a análise comparativa entre os mesmos.
- A identificação do gênero do consulente não foi possível em 23 (8,2%) RR.
- Em 50 RR (17,7%) não foi possível identificar a especialidade do consulente
- O grupo de CRM-MG dos consulentes não foi identificado em 33 RR (11,7%), sendo 17 oriundos do HC, 12 da PBH e 04 da RMBH.
- Em relação ao grupo de CRM-MG dos consulentes, não foi possível a identificação da eventual possibilidade de ocorrência de transferência de CRM de médicos formados em outros estados, que poderiam apresentar um tempo maior de exercício da profissão.
- A idade do paciente não foi mencionada em 59 (20,9%) dos RR.

## 8- PERSPECTIVAS FUTURAS

Padronização dos impressos de RR: Sugerimos que sejam feitos estudos sobre a possibilidade de mudança dos atuais modelos de RR com a criação de um único modelo para toda a rede do SUS, de modo que possa trazer todas as informações necessárias para sua maior compreensão e aceitação. Sugerimos um modelo de RR (ANEXO 5), baseado em nosso estudo, que contém os dados que julgamos importantes. Este deve sugerir a necessidade de abertura de discussão entre os segmentos envolvidos no RCR, em busca de melhores caminhos.

Este estudo sugere que o atual modelo de Sistema de Referência e Contra-referência (RCR) necessita de uma profunda reflexão e de definição (ou redefinição) de seu papel no SUS. Novos estudos devem ser realizados com o objetivo de conhecer a opinião e a vivência de todos os envolvidos tais como os gestores, consulentes, consultores e pacientes. Sugerimos a utilização da Metodologia de Pesquisa Qualitativa como instrumento para avaliar as dificuldades existentes no processo, levando-se em consideração a visão dos setores participantes. Com isto, novas propostas poderão levar a racionalização do uso do sistema, objetivando o aumento de sua eficiência e eficácia.

Quanto ao Sistema Único de Saúde, deve ser incentivada a criação de canais de comunicação entre clínicos e especialistas além de aprimoramento da comunicação escrita, através de projetos que facilitem a realização de interconsultas não convencionais. A utilização de métodos de comunicação à distância como fax, e-mail, telefone, dentre outros, promoveria o aumento nas possibilidades de atendimento das solicitações dos consulentes e a capacitação destes para o atendimento futuro de situações semelhantes. Desta maneira, as intermináveis listas de espera pela interconsultas convencionais (IC) hoje existentes poderiam ser reduzidas, aumentando a resolubilidade da atenção no nível da AB. Deve-se buscar em conjunto com os médicos da AB e de sociedades de especialistas, uma definição mais clara sobre a área de atuação de cada especialidade.

A participação ativa dos órgãos formadores, em especial a Universidade Pública, faz-se necessária no sentido de estender aos acadêmicos, em formação ambulatorial, o conhecimento sobre o funcionamento do sistema e o procedimento adequado no RCR. O desenvolvimento de metodologias de ensino que possam ser mais adequadas ao aprendizado tanto de acadêmicos quanto de médicos da AB, aliado a uma revisão periódica do cenário do mercado de trabalho do médico, também é papel da Universidade Pública. Modificações nas diretrizes curriculares atuais,

redefinição do número de vagas de residência médica e maior distribuição de verbas em nível de pós-graduação são medidas que devem ser avaliadas.

A criação de um prontuário eletrônico único para os pacientes, de acesso garantido aos médicos envolvidos na assistência também pode trazer benefícios ao RCR. A questão ética com relação à realização de consultoria a distância deve ser levantada e debatida em conjunto entre médicos, gestores, pacientes e órgãos competentes, considerando-se principalmente a confidencialidade e a responsabilidade ético-profissional envolvidas no processo. O acesso aos dados dos pacientes por parte dos consultores poderia trazer informações valiosas que porventura não estivessem nos RR, inclusive de exames complementares realizados, e aos consulentes daria informações úteis para a continuidade da assistência.

Desta forma, o círculo vicioso inicialmente detectado se transformaria em um círculo virtuoso, capaz de desencadear uma reação sem retorno, possibilitando o resgate da dignidade do cidadão. Todos têm um importante papel a ser desempenhado neste processo inesgotável de busca pela excelência da atenção à população e pela correta aplicação dos escassos recursos existentes hoje para a saúde pública.

## 9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, D. Practical statistics for medical research. In: London: Chapman and Hall, 1991.

BERGUS, G. R.; RANDALL, C. S.; SINIFT, S. D.; ROSENTHAL, D. M. Does the Structure of Clinical Questions Affect the Outcome of Curbside Consultations With Specialty Colleagues?. *Arch Fam Med.*, v. 9, p 541-547, 2000.

BEKKELUND, S. I.; ALBRETSEN, C. Evaluation of referrals from general practice to a neurological department. *Family Practice*, v. 19, p.297-299, 2002.

BOURGUET, C.; GILCHRIST, V.; McCORD, G. M. A. The NEON Research Group: The Consultation and Referral Process: A report from NEON. *J. Family. Practice*, v.46, p.47-53, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4 de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.

BURKEY, Y.; MARY, B.; REEVE, H.; ROLAND, M. Long-term follow-up in outpatient clinics. 2: The view from the specialist clinic. *Family. Practice*, v.14, p.29-33, 1997.

CAMPBELL, B.; VANSLEMBROEK, K.; WHITEHEAD, E.; WAUNER, C.; EIFELL, R.; WYATT, M.; CAMPBELL, J. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ*, v.328, p.1060-1061, 2004.

CARNEY, L. S. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Internal Medicine Journal*, v. 36, p.132-134, 2006.

CHARLEBOIS, M; CORMACK, L.; DAVID, I.; LEONARD, K. Primary care physicians' communication preferences. *International J. Health Care Quality Assurance*, v.14, 6/7, 2001.

CLEARFIELD, H. R. Consultant strategies for the gastroenterologist. *Am J Gastroenterol*, v.94(6):1453-6, 1999.

CROSSLEY, J. G. M.; HOWE, A.; NEWBLE, D.; JOLLY, B.; DAVIES, H. A. Sheffield assessment instrument for letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. *Medical Education*, v.35, p.1115-1124, 2001.

DONOHUE, M. T.; KRAVITZ, R.; WHEELER, D. B.; CHANDRA, R.; CHEN, A.; HUMPHRIES, N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J. Gen. Intern. Med.*, v.14, p.281-286, 1999.

ELWYN, G. J.; STOTT, N. C. H. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ*, v. 309, p.576-578, 1994.

ELWYN, G. J.; RIX, A.; MATTHEWS, A.; STOTT, N. C. H. Referral for "prostatism": developing a "performance indicator" for the threshold between primary care and secondary care?. *Family Practice*, v. 16, p.140-142, 1999.

FORREST, C. B.; REID, R. J.; Passing The Baton: HMOs' influence on Referrals to Specialty Care. *Health Affairs*, v.16, p.157-162, 1997.

FORREST, C. B.; STARFIELD, B.; Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am.J. Public Health*, v.88, p.1330-1336, 1998.

FOX, A. T.; PALMER, R. D.; CROSSLEY, J. G. M.; SEKARAN, D.; TREWAVAS, E.; DAVIES, H. A. Improving the quality of outpatient clinic letters using the Sheffield assessment instrument for letters (SAIL). *Medical Education*, v.38, p.852-858, 2004.

FRANKS, P.; WILLIAMS, G. C.; ZWANZIGER, J.; MOONEY, C.; SORBERO, M. Why do physicians vary so widely in their referral rates? *J. Gen. Intern. Med.*, v.15, p.163-168, 2000.

GANDHI, T. K.; SITTIG, D. F.; FRANKLIN, M.; SUSSMAN, A. J.; FAIRCHILD, D. G.; BATES, D. W. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J. Gen. Intern. Med.*, v.15, p.626-631, 2000.

GRAHAM, P. H.; Improving communication with specialists. The case of an oncology clinic. *Med. J. Aust.*, v. 160, p. 625-627, 1994.

GROL, R.; ROOIJACKERS-LEMMERS, N.; KAATHOVEN, L.; WOLLERSHEIN, H.; MOKKINK, H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *British J. General Practice*, v.53, p. 217-219, 2003.

HAMILTON, W.; ROUND, A.; SHARP, D. Effect on hospital attendance rates of giving patients a copy of their referral letter: randomized controlled trial. *BMJ*, v.318, p.1392-1395, 1999.

HANSEN, J. P.; BROWN, S. E.; MUHLBAIER, L. H. Factors related to an effective referral and consultation process. *J. Fam. Pract.*, v. 15, p. 651-656, 1982.

JAVALGI, R., JOSEPH, W. B. Et Al. How physicians make referrals. *J Health Care Mark*, v.13, p.6-17. 1993.

JENKINS, R. M. Quality of general-practitioner referrals to outpatient departments – assessment by specialists and a general practitioner. *Brit. J. Gen. Pract.*, v. 43(368), p.111-113, 1993.

KUO, D.; GIFFORD, D. R.; STEIN, M. D. Curbside consultation practices and attitudes among primary care physicians and medical subspecialists. *JAMA*, v.280, p. 905-909, 1998.

KVAME, O. J.; OLESEN, F.; SAMUELSSON, M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the european working party on quality in family practice (Equip). *Quality in Health Care*, v.10, p.33-39, 2001.

LA PEGNA, G. B.; BRIGHINA, F.; SAPORITO, V.; ALOISIO, A.; MORREALE, C.; D'AGATI, A. Continuity of healthcare for headache patients: a problem of communication between specialists and general practitioners. *J. Headache Pain*, V.6, P.310-311, 2005.

LAINE, C.; Turner, B. J. The good (gatekeeper), the bad (gatekeeper), and the ugly (situation). *JGIM*, V.14, P.320-321, 1999.

LEE, T.; PAPPUS, E. M., Et Al. Impact of inter-physician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med*, v.74, p.106-12, 1983.

LINGARD, L.; HODGES, B.; MACRAE, H.; FREEMAN, R. Expert and trainee determinations of rhetorical relevance in referral and consultation letters. *Medical Education*, v. 38, p.168-176, 2004.

LINNE, Y., ROSSNER, S. What is "obesity"--an analysis of referral letters to an obesity unit. *Int J Obes Relat Metab Disord*, v.12, p.1231-1233, 1998.

LITTLE, D.; HAMOND, C.; KOLLISCH, D.; STERN, B.; GAGNE, R.; DIETRICH, A. J. Referrals for depression by primary care physicians: a pilot study (observation from practice). *J. Family Practice*, v.47, p.375-377, 1998.

MARSHALL, M. N. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Family Practice*, v.16, p.33-38, 1999.

MELVILLE, S. H.; HANDS, S.; JONES, P. Randomised trial of the effects of structure clinic correspondence. *Arch. Dis. Child.*, v.86, p.374-375, 2002.

MILLER, R. S.; JONAS, H. S.; WHITCOMB, M. E. The initial employment status of physicians completing training in 1994. *JAMA*, v.275, p.708-712, 1996.

NEWTON, J; ECCLES, M.; HUTCHINSON, A. Communication between general-practitioners and consultants. What should their letters contain? *BMJ*, v. 304, p. 821-824, 1993.

NEWTON, J; HUTCHINSON, A.; HAYES, V. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communication in two specialists. *Fam Pract*, v. 11, p. 15-20, 1994.

POWERS, T. L.; SWAN, J. E.; TAYLOR, J. A.; BENDALL, D. Sources of referral informations: a marketing anlysis of physician behavior. *Health Care Manage Rev.*, v. 23, p.76-86, 1998.

PRESTON, C.; CHEATER, F.; BAKER, R.; HEARNSHAW, H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Qual. Health Care*. V. 8, p. 16-21, 1999.

MURRAY, M. Reducing Waits and Delays in the Referral Process. *Downloaded from the Family Practice Management Web site at [www.aafp.org/fpm](http://www.aafp.org/fpm).*, p.39-42, 2002.

NAVARRO, C. M.; MIRANDA, M. A.; SPOSTO, M. R. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 31, p.537-543, 2002.

PEÑA-DOLHUN, E., GRUMBACH, K., VRANIZAN, K., OSMOND, D., BINDMAN, A. B. Unlocking specialists' attitudes toward primary care gatekeepers *Journal of Family Practice*, v. 50, p.1032-1037, 2001.

PITTERMAN, L.; KORITAS, S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Internal Medicine Journal*, v. 35, p.491-496, 2005.

PRESTON, C.; CHEATER, F.; BAKER, R. Left in limbo:patients' views on care process across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care*, v.35, p.16-21, 1999.

ROULIDIS, Z. C.; SCHULMAN, K. A. Physician communication in managed care organizations: opinions of primary care physicians. *J. Fam. Pract.*, v. 39, p. 446-51, 1994.

SCHULPEN, G. J. S.; VIERHOUT, W. P. M.; VAN DER HEIJDE, D. M.; LANDEWÉ, R. B.; WINKENS, R. A. G.; VAN DER LINDEN, S. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter. *Ann. Rheum. Dis.*, v. 62, p.159-161, 2003.

SCOTT, I. A., MITCHELL, C. A., LOGAN, E. Audit of consultant physicians' reply letter for referrals to clinics in a tertiary teaching hospital. *Intern Med J*, v.34, p.31-7, 2004.

SEIFER, S. D.; TROUPIN, B.; RUBENFELD, G. D.; Changes in marketplace demand for physicians: a study of medical journal advertisements. *JAMA*, v.276, p.695-699, 1996.

STILLE, J.C.; JERANT, A.; BELL, D.; MELTZER, D.; ELMORE, J. G.; Coordination Care across Diseases, Settings, and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice. *Ann Intern Med*, v.142, p.700-708, 2005.

TATTERSALL, M. H. N.; BUTOW, P. N.; BROWN, J. E.; THOMPSON, J. F. Improving doctors' letters. *Clinical Practice*, v.177, p.516-520, 2002.

WHITE, P.; SINGLETON, A.; JONES, R. Copying referral letters to patient: the views of patients, patient representatives and doctors. *Patients Education and Counseling*, p.1-5, 2003.

WESTERMAN, R. F.; HULL, F. M.; BEZEMER, P. D.; GORT, G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* V.40, p. 445-9, 1990.

WRIGTH, J.; PRASAD, N.; DALRYMPLE, G. Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. *BMJ*, v.312, p.1304, 1996.

---

## 10 - APÊNDICE

### 10.1 - APÊNDICE 1

#### PROTOCOLO RR Nº:

1) Consulente:

- 1  HC
- 2  PBH
- 3  RMBH

2) Gênero do Consulente

- 1  Masculino
- 2  Feminino
- 3  Não identificado

3) EspCE (Especialidade do Consulente):

- 1  Médico da Atenção Básica ou do Programa de Saúde da Família (PSF) ou clínico geral.
- 2  Médico especialista
- 3  Médico (Quando não especificado)

4) CRM-MG do Consulente:

- 1  < 30.000
- 2  ≥ 30.000
- 3  Não identificado

5) Motivo da solicitação de interconsulta:

- Explícito
- Não explícito e não implícito

6) RR feita em impresso padronizado

- SIM
- NÃO

7) Legibilidade:

- 1  < 75% das palavras
- 2  > 75% das palavras

8) Informações contidas nos RR:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) História clínica da doença:.....                           | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| b) Exame físico:.....   | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| c) Resultados de exames complementares realizados:.....       | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| d) Diagnóstico da doença endócrina:.....                      | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| e) Tratamentos prévios ou atuais:.....                        | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| f) Planejamento.....  | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| g) Gravidade.....   | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| h) Transtornos psíquicos.....                                 | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| i) Adesão ao tratamento e/ou propedêutica.....                | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| j) Condição sócio-econômica.....                              | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| k) Atributos pessoais (atitudes, crenças, comportamento)      | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| l) Aspectos culturais e/ou biológicos (cego, surdo-mudo)..... | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

9) Destino proposto pelo consultor após avaliação dos RR:

- 1  Aceito para agendamento
- 2  Depende de informações adicionais
- 3  Deve ser referido para outro setor

10) Paciente referido:

Idade:

Gênero:

- 1  Masculino
- 2  Feminino
- 3  Não identificado

Problema principal:

11) Comentários adicionais do pesquisador/avaliador:

## 10.2 - APÊNDICE 2

### MODELO SUGERIDO DE RELATÓRIO DE REFERÊNCIA

Instruções para o preenchimento:

- **Preencher todos os campos é fundamental para a aceitação da solicitação;**
- Explicitar a prioridade da solicitação (baixa, média ou alta). Em casos de alta ou urgência é importante destacar o motivo da mesma;
- Para especialistas: é importante explicitar se o paciente tem médico assistente na atenção básica;
- O campo motivo da solicitação deve ser especificado (ex: avaliar a indicação de uso de insulina, desejo do paciente, dúvida sobre a propedêutica especificada). Evitar frases do tipo “avaliação especializada”, “acompanhamento”. É importante definir qual a intenção do consulente, se o mesmo está sendo solicitado para encaminhamento (transferência do paciente), para uma consultoria presencial ou à distância (email, telefone, fax);
- No campo “história clínica” deverão ser descritos os dados importantes para a análise do consultor em relação ao problema apresentado pelo paciente, como a anamnese, exame físico, descrição de exames complementares realizados, diagnósticos (incluindo comorbidades) e tratamentos realizados.



## 11 - ANEXOS

## 11.1 - ANEXO 1: MODELO DE RELATÓRIO DO HC

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	
Interconsulta e Encaminhamento de Pacientes	
<b>SOLICITANTE</b>	
NOME _____	Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL _____
CLÍNICA _____	
<b>PACIENTE</b>	
NOME _____	PRONTUÁRIO _____
LEITO _____	IDADE _____ SEXO _____
SOLICITAÇÃO A CLÍNICA _____	
PRIORIDADE SOLICITADA _____	
<b>NATUREZA</b>	
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO	DATA ____/____/____
ORIGEM DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL
NOME _____	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
DIAGNÓSTICO _____	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO _____	
PROFEDÉUTICA JÁ REALIZADA _____	
_____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE ATENDEU</b>	
NOME _____	Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL _____
CLÍNICA OU SERVIÇO _____	
<b>RESPOSTA A SOLICITAÇÃO</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

MOD. HC - 086

## 11.2 - ANEXO 2: MODELO DE RELATÓRIO DA PBH

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		GUIA DE REFERÊNCIA	
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE		B. DE CIMA	
DA CLÍNICA	clm	PARA CLÍNICA (ESPECIALIDADE)	LABORATÓRIO ENTROCIAMBICA
02-DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE			
SEXO	IDADE (EM ANOS)	PRONTUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA	
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO			
03-REFERÊNCIA			
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (INCLUI OS DADOS DE ANAMNESE, EXAME FÍSICO, EXAMES SOLICITADOS E DIAGNÓSTICO)			
HIPERTENSÃO p/ avaliação			
ATENÇÃO AO RETORNAR O PACIENTE À UNIDADE DE ORIGEM UTILIZAR A GUIA DE CONTRA-REFERÊNCIA (MODELO SAMC - 030250/2)			
MÉDICO SOLICITANTE: ASSINATURA E CARIMBO			DATA
			16/1/4
ESTA CONSULTA FOI PAGA COM RECURSOS DOS IMPOSTOS PAGOS POR VOCE			

## 11.3 - ANEXO 3: MODELO DE RELATÓRIO DA RMBH


**SUS**

SIM 3 275  
 11/10/04

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA-CMC**

**DADOS DA UNIDADE**

01 DA CLÍNICA <i>124</i>	02 PARA A CLÍNICA (ESPECIALIDADE) <i>cardiologia</i>
03 CÓDIGO DA UNIDADE	04 NOME DA UNIDADE <i>Unidade A</i>

**DADOS DO PACIENTE**

05 NOME DO PACIENTE		
06 PRONTUÁRIO	07 SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	08 IDADE (EM ANOS) <i>45</i>

**REFERÊNCIA**

09 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (INCLUI OS DADOS DE ANAMNESE, EXAME FÍSICO E JA SOLICITADOS, DIAGNÓSTICO)

*paciente com hipertensão, não controlada, família de risco, necessitando de avaliação e acompanhamento.*

10 MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	11 DATA <i>15/02/04</i>
--	----------------------------

**CONTRA-REFERÊNCIA**

12 NOME DO PACIENTE	13 PRONTUÁRIO	14 UNIDADE
15 RELATO DA CONSULTA		
16 DIAGNÓSTICO INICIAL		
17 CID		

18 CONDUZA: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> SEM RETORNO A UNIDADE ORIGEM <input type="checkbox"/> COM RETORNO A UNIDADE ORIGEM <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE	19 RETORNO: APOS DIAS <input type="checkbox"/> SEM EXAMES <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO DE URGÊ <input type="checkbox"/> COM EXAMES <input type="checkbox"/> RX
---	--

19 MÉDICO ESPECIALISTA (ASSINATURA E CARIMBO)	20 DATA
---	---------

ESTA CONSULTA FOI PAGÁ COM RECURSOS DOS IMPOSTOS PAGOS POR VOCÊ

## 11.4 - ANEXO 4: MODELO DE RELATÓRIO DE BETIM (RMBH)

32489552 250 BIAS FORTE (SIM)

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
--	---	---

**GUIA DE REFERÊNCIA**

UNIDADE SOLICITANTE: <i>com</i>	EQUIPE DE REFERÊNCIA:	
UNIDADE SOLICITADA ESPECIALIDADE: <i>Endocrinologia (Hosp. Clínicos)</i>		
NOME DO(A) USUÁRIO(A): <i>Valine Cupertino</i>	DATA DE NASCIMENTO: <i>(13)</i>	SEXO: FEM ( ) MASC ( )

• **RESUMO DA HISTÓRIA:** (Caracterizar sinais, sintomas e início de aparecimento dos mesmos)

*DMI difral controlada*

• **DADOS DA CONSULTA**

PA- (geral)	FC- (geral)	UF- (pré-natal)	BCF- (pré-natal)	PC- (Neuro, Infantil)
AUSCUTA PULMONAR - (cardiologia, neurologia, geriatria)				
AUSCUTA CARDÍACA - (cardiologia, neurologia)				
OTOSCOPIA - (Otorrino. Em caso de excesso de cerúmen - usar cerumin 4 dias antes da consulta)				

• **EXAMES REALIZADOS:** (Obrigatórios de acordo com a especialidade)

<b>CARDIOLOGIA</b> <input type="checkbox"/> RX TÓRAX <input type="checkbox"/> ECG	<b>ENDOCRINO E OFTALMO PARA DIABÉTICOS</b> <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM
<b>OTORRINO</b> <input type="checkbox"/> RX DE FACE (SUSP. SINUSITE) <input type="checkbox"/> RX DE CAVUM (HIPERTROF. DE ADENOIDE)	<b>UROLOGIA</b> <input type="checkbox"/> URINA ROTINA
<b>NEUROLOGIA</b> (caso de síncope) <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Hemograma	
<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO (Hemograma, coagulograma, UR, ECG, RX tórax, Glicemia, lípedes uréia, creatinina)	

MEDICAÇÃO EM USO:

HIP. DIAGNÓSTICA: *DMI difral controlada*

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

C24. 05.03.055.127 IMPRESSO GRÁFICA - SEAD / FME