

QUALIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS PARA ORTOPEDIA EM RIO BRANCO (ACRE)

QUALITY OF REFERRAL LETTERS TO ORTHOPEDICS IN RIO BRANCO (ACRE)

Giovana Maria Leite de Souza^{1*}, Rodrigo Pinheiro Silveira², Paulo Artur da Silva Rodrigues¹,
Guilherme Nakamura³, Osvaldo Leal³.

1. Medicina. Centro Universitário Uninorte. AC. Brasil.
2. Medicina. Centro Universitário Uninorte / Universidade Federal do Acre. AC. Brasil.
3. Medicina. Universidade Federal do Acre. AC. Brasil.

Autor correspondente: gihnger@gmail.com

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, melhorando progressivamente seus atributos, dentre eles a coordenação do cuidado. Apesar disso, ainda persistem dificuldades principalmente nos Estados da Região Norte. Uma das especialidades em que há maior desafio é a ortopedia. **Objetivo:** analisar a qualidade dos encaminhamentos em ortopedia em Rio Branco (Acre). **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, realizado a partir de banco de dados construído pela Secretaria Municipal de Rio Branco através dos encaminhamentos para ortopedia no período de 2015 a 2017. As variáveis foram: encaminhamentos em branco, presença de dados de anamnese, de exame físico, de exames de imagem, presença de queixa e hipótese diagnóstica, letra legível e avaliação do encaminhamento. **Resultados:** Do total de encaminhamentos, 41,4% dos mesmos estavam em branco, 44% não continham dados de anamnese, 87,6% não havia referência ao exame físico e 86,9% não constavam exames de imagem. Verificou-se que 46,9% não tinham queixas identificáveis e em 28,5% a hipótese diagnóstica estava em branco, 35,6% tinham letra parcialmente ou não legível e 91,8% foram avaliados como considerados ruins ou regulares. **Conclusão:** O preenchimento dos encaminhamentos para ortopedia na APS de Rio Branco está aquém do esperado, com muitas fichas e campos em branco para as variáveis pesquisadas, o que pode causar problemas na complementariedade do sistema de saúde local.

Palavras-chave: Ortopedia. Encaminhamento e consulta. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy has been consolidated as the organization model of Primary Health Care (PHC) in Brazil, progressively improving its attributes, among them the coordination of care. Despite this, difficulties still persist mainly in the states of the Northern Region. Orthopedics is one of the most challenging specialties. Objective: analyze the quality of referrals in orthopedics in Rio Branco (Acre). Methodology: Descriptive cross-sectional study, carried out from a database built by the municipal health bureau of Rio Branco through referrals to orthopedics in the period from 2015 to 2017. The variables were: blank referrals, presence of anamnesis data, physical examination, imaging exams, presence of complaint and diagnostic hypothesis, legible handwriting and referral assessment. Results: Of the total number of referrals, 41.4% of them were blank, 44% did

not contain anamnesis data, 87.6% had no reference to physical examination and 86.9% did not contain imaging exams. It was found that 46.9% had no identifiable complaints and in 28.5% the diagnostic hypothesis was blank, 35.6% had a partially or unreadable handwriting and 91.8% were assessed as considered bad or regular. Conclusion: Filling out referrals forms for orthopedics in the PHC in Rio Branco is poor, with many files and blank fields for the variables surveyed, which can cause problems in the complementarity of the local health system.

Keywords: Orthopedics; Referral and consultation; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem como modelo de organização a Estratégia Saúde da Família e seus princípios e diretrizes são estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política pública tem como principais objetivos facilitar e permitir o acesso à assistência, com direito a promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O sistema de saúde possui metas para auxiliar a organização e manter a sistematização, como a otimização e a democratização dos serviços. A melhoria dos serviços, associados ao aumento do acesso, garante um melhor manejo das doenças e permite uma maior abrangência de pessoas que antes não tinham acesso aos níveis mais avançados. Portanto, a Estratégia Saúde da Família funciona como “porta de entrada” e permite o trânsito entre diferentes níveis do SUS^{2, 3}.

Para o funcionamento do sistema, é necessário que haja organização e interação entre os diferentes níveis, desde o manejo dos prontuários, das informações

em saúde até o encaminhamento dos pacientes entre as áreas especializadas. A coordenação do cuidado, como atributo essencial da APS, melhora o sistema e minimiza as barreiras de acesso entre cada nível, funcionando como elo que liga toda a gama de informações do ponto de vista da equipe de saúde da família e das funções do sistema⁴. A coordenação ainda permite que haja uma comunicação entre o paciente, o agente de saúde e os serviços, mesmo em casos de encaminhamento de uma especialidade a outra, garantindo assim a organização horizontal (no mesmo nível) e vertical (entre os níveis), que permite o sistema de referência e contra-referência^{5, 6}.

O funcionamento adequado desse sistema de referência é muito importante para identificar se existem disparidades na coordenação, porque é com ele que se percebe como está a organização do fluxo, visto que a grande quantidade de encaminhamentos represados pode ser relacionada com a baixa resolatividade da APS^{2,7}. A alta quantidade de encaminhamentos também pode estar relacionada com a ausência de padrões e

critérios, o que torna as informações de referência insuficientes e incompletas.

Segundo dados do Sistema de Regulação (SISREG) da Secretaria de Estado de Saúde, em 2015 uma das especialidades em que havia maior quantidade de encaminhamentos no Acre era a ortopedia, com uma demanda reprimida estimada em quase 11 mil pessoas aguardando marcação de consulta especializada na área. Considerando que pode haver uma parcela que não necessitaria deste encaminhamento, é importante que se tenha uma ideia da adequação ou não deste ato, bem como da qualidade da referência realizada. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é analisar a qualidade dos encaminhamentos em ortopedia em Rio Branco, Acre.

MATERIAL E MÉTODO

As referências para especialidades médicas no município de Rio Branco são feitas principalmente pelos médicos que atendem nas unidades de APS (Unidades Básicas e Centros de Saúde), através do preenchimento de uma ficha específica que contém o nome da unidade, o nome do usuário, a especialidade requerida, a hipótese diagnóstica e a descrição do quadro clínico do usuário (figura 1). Os usuários recebem essa ficha dos médicos e se destinam uma das 12 unidades marcadoras, que geralmente funcionam em unidades de referência de APS e/ou

Centros de Saúde. Nestas unidades o encaminhamento é cadastrado, retido e enviado ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), ficando o usuário com um comprovante, devendo aguardar a chamada para consulta.

Frente ao grande número de encaminhamentos para ortopedia no período de estudo no município (cerca de 9.000 fichas) e a grande demora para marcação de consultas (cerca de 2 anos), a SEMSA decidiu construir um banco de dados destinado a priorização dos casos para agendamento, conforme queixas e hipóteses diagnósticas, permitindo confrontar com o protocolo clínico do Ministério da Saúde (Brasil, 2016) e construir uma escala de prioridade.

O presente artigo trata de um estudo descritivo transversal, utilizando fonte secundária, que fez parte de um estudo maior sobre a adequação e qualidade dos encaminhamentos para ortopedia, no período de 2015 a 2017. A fonte de dados foi o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, que foi disponibilizado para que o estudo fosse desenvolvido, mediante autorização.

As variáveis utilizadas no presente artigo foram as relacionadas com a qualidade dos encaminhamentos, a maioria dicotômica de resposta sim/não. Abaixo segue a lista com

as explicações do que foi considerado sim ou não pela equipe da SEMSA para a construção do banco de dados.

Figura 1: Ficha de encaminhamento utilizada no período em que foi construído o banco de dados da SEMSA. Rio Branco. Acre. Brasil.2019.


Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

Para: _____

Nome do paciente: _____

Hipótese diagnóstica: _____

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DATA: ___/___/___

ASSINATURA

- Encaminhamentos em branco – Os encaminhamentos em que a parte “Anotações de interesse para o caso” estivesse em branco ou com termos que não tem relação com o caso (ex: “ao ortopedista”) foram considerados em branco, ou SIM na resposta.
- Contém dados de anamnese? – Os encaminhamentos que tiveram ao menos uma palavra (ex: “dor”) de anamnese foram contabilizados como resposta SIM.
- Contém dados de exame físico? - Os encaminhamentos em que a parte de uma palavra ou referência a dados de exame-físico foram contabilizados como resposta SIM.
- Contém dados de exames de imagem? – Os encaminhamentos que tiveram alguma menção a resultados de exames de imagem, sendo parcial ou totalmente transcrito foram considerados SIM. Os que relatavam que o paciente tinha realizado exame, mas que não tinham nenhuma designação referente ao conteúdo do resultado foram considerados como resposta NÃO.

- Queixa principal em branco – Os encaminhamentos que não continham ao menos uma queixa no campo “Anotações de interesse para o caso” foram considerados como queixa principal em branco (resposta SIM).

- Hipótese diagnóstica em branco – Os encaminhamentos que não continham alguma palavra no campo “Hipótese diagnóstica” foram considerados em branco para essa variável (resposta SIM).

- Letra legível – A resposta nessa variável admitiu subjetividade da pessoa que analisou o encaminhamento, sendo a classificação dependente de sua capacidade de leitura, sendo os resultados classificados em: NÃO, SIM e PARCIALMENTE.

- Avaliação da descrição do quadro clínico – Avaliação de qualidade da descrição do quadro. Se as queixas apareceram soltas, sem alguma referência a cronologia, localização, evolução do quadro, tratamentos anteriores, exame físico e exames realizados, a avaliação foi classificada como RUIM. Se continha uma boa descrição dos itens anteriores foi classificado como BOA. Aqueles que tinham uma descrição intermediária foram classificadas como REGULAR. Também

nessa variável admitiu-se a influência da subjetividade do avaliador.

O banco de dados da SEMSA foi disponibilizado no programa *Microsoft Excel*, e posteriormente foi feita a transformação para *Statistical Package for the Social Sciences for windows* (SPSS) pela equipe de pesquisa, sendo esse o *software* utilizado para análise dos dados. Foi realizada uma análise descritiva com os percentuais das variáveis categóricas. Por não se tratar de pesquisa com seres humanos e sim com bancos de dados, a pesquisa não precisou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O banco de dados continha 7.319 encaminhamentos, que representa 81,3% dos 9 mil estimados pela SEMSA. O levantamento incluiu todas as 12 unidades marcadoras do município.

Em relação às variáveis ligadas à qualidade dos encaminhamentos, verificou-se que 41,4% (n=3032) dos mesmos foram considerados “em branco”, 44% (n=3218) não continham dados de anamnese, 87,6% (n=6410) não continham dados de exame físico e 86,9% (n=6362) não continham dados referentes a exames de imagem (Tabela 1).

Tabela 1: Qualidade dos encaminhamentos para ortopedia em Rio Branco entre 2015 e 2017 – avaliação dos itens importantes para descrição do quadro. Rio Branco. Acre. Brasil. 2019.

Variáveis	n	%
Encaminhamentos em Branco		
Não	4287	58,6
Sim	3032	41,4
Contém dados de Anamnese		
Não	3218	44
Sim	4101	56
Contém dados de Exame Físico		
Não	6410	87,6
Sim	909	12,4
Contém dados de Exames de Imagem		
Não	6362	86,9
Sim	957	13,1

Considerando os motivos dos encaminhamentos, verificou-se que 46,9% (n=3432) dos mesmos não tinham queixas identificáveis no campo das anotações de interesse, e 28,5% (n=2085) tinham o campo da Hipótese Diagnóstica em branco (Tabela 2).

Tabela 2: Qualidade dos encaminhamentos para ortopedia em Rio Branco entre 2015 e 2017 – frequência de motivos para encaminhamento em branco. Rio Branco. Acre. Brasil. 2019.

Variáveis	n	%
Queixa Principal em Branco		
Não	3887	53,1
Sim	3432	46,9
Hipótese Diagnóstica em Branco		
Não	5234	71,5
Sim	2085	28,5

Sobre a compreensão do conteúdo, 35,6% (n=1976) dos encaminhamentos tinham letra parcialmente ou não legível, enquanto em relação a avaliação do conteúdo, 91,8% (n=5074) dos mesmos foram considerados Ruins ou Regulares (Tabela 3).

Tabela 3: Qualidade dos encaminhamentos para ortopedia em Rio Branco entre 2015 e 2017 – avaliação da letra e da descrição do quadro. Rio Branco. Acre. Brasil. 2019.

Variáveis	n	%
Letra Legível*		
Não	906	16,3
Sim	3578	64,4
Parcialmente	1070	19,3
Avaliação da descrição do quadro*		
Ruim	3728	67,4
Regular	1346	24,4
Boa	452	8,2

* Foram excluídos dessa análise os encaminhamentos em que ambos os campos “Anotações importantes para o caso” e “hipótese diagnóstica” se encontravam em branco. Na análise da letra foram excluídos mais 28 casos, por se encontrarem em branco no banco de dados.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou um percentual expressivo de encaminhamentos em branco (41,4%), bem como com ausência de dados de anamnese (44%). Os percentuais da ausência de dados aumentaram bastante quando na análise dos dados de exame físico e exames de imagem (87,6% e 86,9% de ausência de dados, respectivamente). Da mesma forma, há um alto percentual de não preenchimento do motivo principal do encaminhamento (queixa e hipótese diagnóstica – 46,9% e 28,5%, respectivamente). Esses dados já revelam a baixa qualidade do preenchimento da ficha de encaminhamento para a ortopedia no município. Essa constatação é corroborada por um número expressivo de encaminhamentos não ou parcialmente legível (35,6%) e pela predominância da

avaliação regular ou ruim da qualidade da descrição do quadro (91,8%).

O não preenchimento dos encaminhamentos foi um resultado marcante no estudo, não havendo as mínimas informações necessárias para o conhecimento do caso dos pacientes. Esse fato pode influenciar no atraso do diagnóstico, dificultar a conduta do especialista, aumentar a chance de um exame ser realizado desnecessariamente e aumentar os gastos do SUS. Além disso, pode contribuir para a descontinuidade do acompanhamento e para a quebra do vínculo do paciente com o serviço, visto que o usuário tende a não procurar o especialista quando esse encaminhamento não é realizado corretamente^{8,9,10}.

Sampaio e Da Silva (2010) relatam que o hábito de escrever pouco, em teoria, relaciona-se com essa falta de compromisso no preenchimento dos dados,

surgindo desde o início da formação do médico, ainda no ambiente acadêmico, uma tendência tecnicista das escolas médicas. Essa falha na formação, associada a tendência de mercantilização da prática médica, contribui para um preenchimento insatisfatório do encaminhamento médico^{11, 12}.

Outro motivo apresentado, como justificativa para os encaminhamentos em branco, é o estresse e o desgaste do trabalho proveniente da pressão de demanda, que limita o tempo que o profissional dispõe para gastar com a consulta de cada paciente individual¹². A falta de condições adequadas de trabalho afeta não só a qualidade dos encaminhamentos como também a qualidade do serviço prestado, sendo um dos fatores de risco associado à maior probabilidade da ocorrência de erro médico^{11, 12, 13}.

Além disso, o projeto pedagógico das escolas médicas não enfatiza formalmente o preenchimento adequado de registros médicos, dentre eles os encaminhamentos, mesmo essa sendo uma competência essencial para a profissão. Esse déficit pode ser visualizado em um estudo realizado por Tobin-Schnittger et al¹⁴ (2018) que mostrou que, apesar da percepção da grande maioria dos profissionais de que eles preenchem corretamente os dados necessários no encaminhamento, a grande

maioria dos especialistas reclama da falta de detalhes importantes do contexto clínico do paciente.

Em relação aos dados de anamnese, a qualidade das informações está entre os principais desafios da atuação médica. É por meio da mudança de postura de indagador para a de ouvinte, que o profissional identifica as necessidades de cada paciente¹⁵. Contudo, existem alguns empecilhos que podem explicar o motivo de tantos encaminhamentos sem dados de história clínica.

A falta de compromisso em realizar a escuta ativa do paciente e o modelo de atendimento baseado apenas nas demandas de consulta, em que o profissional atende grande quantidade de pacientes em curto espaço de tempo, num formato “queixa-conduta”, podem ser apontados como possíveis motivos do não preenchimento adequado desses dados.

Outro fator que pode influenciar, é a crença que somente os especialistas, detentores de tecnologias duras (equipamentos utilizados para avaliação, diagnóstico ou tratamento), poderão solucionar as doenças¹⁶. Essa premissa relacionada à maior valorização do médico especialista pode contribuir para omissão da anamnese nos encaminhamentos, como se ao chegar na especialidade, o médico vá colher todos os dados novamente. Essa perspectiva não considera a

complementaridade dos níveis do sistema de saúde, reforçando sua fragmentação.

O exame físico é de suma importância em um contexto semiológico, ele auxilia a complementar as informações coletadas na história clínica do paciente. Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo demonstrou que, somente a anamnese foi responsável por 60% dos diagnósticos, quando analisado anamnese mais exame físico esse número chegou a 85%¹⁷, mostrando que sua execução é imprescindível durante as consultas. A ausência de dados de exame físico reflete a baixa qualidade dos encaminhamentos e direciona possíveis problemas enfrentados na APS.

O conhecimento insuficiente da semiologia ortopédica, devido a uma formação deficitária nesse âmbito, pode explicar o porquê de alguns profissionais referenciam o paciente, sem ao menos realizarem o exame físico. Um estudo transversal e descritivo, realizado com 229 egressos do curso de medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp, revelou que a percepção de 69% dos entrevistados em relação ao aprendizado na realização do exame físico ortopédico era ruim ou regular¹⁸.

Por outro lado, a falta de compromisso, por parte de alguns médicos, seja em anotar os achados do exame, seja pela negligência profissional em não o fazer, também pode

contribuir diretamente para a falta de informações nos encaminhamentos. Em relação aos conteúdos essenciais do curso de graduação em Medicina, no que concerne às competências específicas, as diretrizes curriculares nacionais (DCN)¹⁹, em seu artigo 12º discorrem diversos itens sobre a realização da história clínica e do exame físico, fornecendo o arcabouço institucional para os projetos pedagógicos dos cursos, no sentido de que o médico formado na graduação seja capaz de realizar com proficiência os métodos propedêuticos que formam a base o raciocínio clínico". Portanto, é esperado que em sua prática cotidiana o profissional exerça tais ações.

Em relação aos exames de imagens, foi constatado que apenas 13,1% dos encaminhamentos possuíam alguma descrição. Contudo, estudos realizados constataram aumento na realização de praticamente todos os tipos de exames que emprega diagnósticos por imagem²⁰.

No Brasil, o treinamento em radiologia e diagnóstico por imagem não é obrigatório nas faculdades médicas, o que ocasiona uma disparidade nos conhecimentos de futuros profissionais²¹. Além disso, a APS costuma ser uma das portas de entrada para o mercado de trabalho, antes de se optar por uma especialidade²². Esses fatores, somados, produzem dificuldades para o profissional, no que concerne ao tipo

de exame de imagem a ser solicitado, bem como os critérios definidos para sua utilização.

Por outro lado, deve-se ressaltar outras razões para o alto número de encaminhamentos sem dados dos exames de imagem, como por exemplo, pacientes que não realizaram ou não trouxeram tais exames após a solicitação, ou ainda profissionais que não anotaram devidamente os achados dos exames no encaminhamento. Além disso, a falta de acesso aos exames também pode contribuir para não existência desses dados, fato que ocorre com mais frequência em locais e regiões mais distantes dos grandes centros.

Mesmo assim, a falta desses dados reforça uma avaliação negativa sobre a qualidade dos encaminhamentos para ortopedia. Também apontam possivelmente, para a má utilização de protocolos clínicos, que apesar de disponíveis, muitas vezes não são conhecidos ou não são incorporados no cotidiano das práticas em saúde. Serra e Rodrigues (2010)²³ advogam, a partir de estudo realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que encaminhamentos pouco apoiados em diretrizes e protocolos existentes têm contribuído para a sobrecarga o sistema, constituindo uma barreira para continuidade dos cuidados dos pacientes na APS.

Outra vertente da baixa qualidade dos encaminhamentos é a quantidade de fichas com os campos das queixas e das hipóteses diagnósticas em branco. Esses dados revelam as demandas e necessidades mais frequentes na especialidade, podendo guiar as ações e políticas públicas em níveis de promoção e prevenção.

Em estudo da mesma pesquisa do presente artigo²⁴, as principais queixas e hipóteses foram elencadas, sendo a coluna vertebral e estruturas adjacentes as que trazem maior sofrimento para as pessoas que procuram a APS. A lombalgia é a principal queixa e a principal hipótese diagnóstica (22,7% e 17,2% respectivamente). Outras queixas como dor na coluna (6,4%) e dorsalgia (5,7%), e outras hipóteses como hérnia de disco (8,5%) e espondilopatia degenerativa (4,9%) também figuram entre as principais causas de sofrimento. As queixas e hipóteses relacionadas ao joelho são as que vem logo em seguida em frequência.

Outros dados preocupantes sobre qualidade dos encaminhamentos foram os que analisaram a letra do profissional e que avaliaram globalmente o encaminhamento. Do total, 35,6% dos documentos estavam ilegíveis ou parcialmente legíveis e 91,8% das avaliações foram consideradas ruins ou regulares. Em um estudo sobre os encaminhamentos feito por médicos da

APS para a atenção secundária, realizado na área rural do Irã, 73% dos encaminhamentos foram considerados legíveis, e na análise do estilo da escrita, nenhuma das cartas avaliadas possuía título ou mais de cinco sentenças, ou um parágrafo. Ainda nesse estudo, foi possível perceber que as cartas de referência eram incompletas, continham informações irrelevantes para o próximo médico e não tinham uma declaração sobre as expectativas do encaminhamento¹⁰.

Segundo o artigo 11 do Código de Ética Médica, “receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco as folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos” constituem infração ética. Sendo assim, a letra do médico precisa ser legível, com uma linguagem clara, sem abreviações, siglas ou códigos que dificultem a compreensão, a fim de evitar erros que possam causar danos ao paciente e, conseqüentemente, penalidades judiciais²⁵.

O conceito de legibilidade ainda não é um consenso entre os estudiosos da tipografia. Uns consideram o texto legível aquele que possui letras e palavras bem delimitadas, de modo que o leitor consiga diferenciá-las, outros consideram o modo de leitura preciso, rápido e de fácil compreensão

como critérios de legibilidade²⁶. Os motivos que podem levar os médicos a terem uma caligrafia pouco legível ou incompreensível são multifatoriais, como as disparidades entre os serviços público e privado, que podem influenciar na qualidade do diálogo entre médico e paciente. Por conta da alta demanda, a conversa com o paciente diminui, interrupções são feitas com frequência e há o distanciamento, impedindo que o vínculo seja formado. Uma má comunicação resulta na omissão de dados, no empobrecimento da relação e fere os princípios da autonomia do paciente, além de demonstrar um certo desrespeito ao Código de Ética Médica. A formação médica também pode influenciar negativamente na caligrafia, por ser uma formação tecnicista, com pouco foco no diálogo e com a necessidade de resolutividade nos casos¹².

Portanto, faz-se necessário que o hábito de preencher os prontuários corretamente seja trabalhado desde a base do ensino médico, juntamente com o ajuste da caligrafia. A cobrança durante a formação, precisa vir tanto da escola médica quanto do ambiente ambulatorial e hospitalar, instigando os alunos a sempre melhorar, tanto os relatos nos prontuários como nos encaminhamentos, permitindo que os futuros médicos não se desacostumem a fazer um bom trabalho. O preenchimento dos documentos médicos não pode ser

considerado como uma simples burocracia, e a cobrança acerca da qualidade deve ser promovida pelos serviços de saúde, públicos ou privados^{10, 12, 26, 27}.

Outras pesquisas ao redor do mundo revelam problemas na qualidade dos encaminhamentos. O estudo de Esan e Oladele²⁷, realizado na Nigéria, evidenciou que mais de 80% das fichas de referência não possuíam informações como os medicamentos dos pacientes, histórico psicossocial, relatos de investigações pregressas e alergias, e também não continham o motivo pelo qual o paciente foi encaminhado. Essa falta de informações, segundo o artigo, implica nos atendimentos aos pacientes encaminhados, que não são atendidos e nem acompanhados.

Nash e colaboradores²⁸, em uma pesquisa na Austrália evidenciou que os encaminhamentos feitos por computador tinham a qualidade maior do que os manuscritos. Em 414 documentos analisados, 99,7% dos encaminhamentos digitais foram considerados legíveis, enquanto as cartas manuscritas atingiram o percentual de 58,3%. Quanto às informações contidas nas cartas, 11,9% das manuscritas omitiram dados, enquanto nas digitais, 81,1% possuíam uma história médica mais precisa contra 52,1% dos encaminhamentos feitos a mão. Esse resultado demonstrou que as cartas manuscritas ilegíveis e com pouca

qualidade poderiam trazer riscos para o paciente.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo devem ser utilizados a organização de ações que possam intervir sobre o problema da baixa qualidade dos encaminhamentos e suas repercussões. Podem servir de linha de base para futuras avaliações que mostrem longitudinalmente o impacto dessas intervenções. Logo depois da coleta desses dados, a SEMSA implantou um sistema de prontuário eletrônico, o que por si só já é uma ação que tem o potencial de melhorar a qualidade.

Ações nas áreas de Educação Permanente para a Atenção Primária, como Programa Telessaúde Brasil Redes, também podem direcionar suas ações para a melhoria dos registros médicos, além de ajudar a diminuir a quantidade de encaminhamentos desnecessários. Nesse sentido, cursos de capacitação poderiam auxiliar profissionais atuantes na APS, principalmente, no manejo adequado de pacientes ortopédicos. Pois, possivelmente, a falta de conhecimento dessa área não é suprida de forma adequada por muitas instituições de ensino.

Por fim, as ações de formação em nível de graduação e pós-graduação (Residência Médica) também podem ser planejadas no sentido de indicar os caminhos corretos para uma boa relação de coordenação do

cuidado, sendo no formato de aulas, mas também, e principalmente, como *feedbacks* adequados e oportunos aos futuros profissionais por parte dos preceptores.

Esses devem se constituir como bons exemplos de como se preencher adequadamente uma ficha de encaminhamento.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Rev Sau em Debate**. v. 27, n. 65, p. 278-289. 2003.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trab, Edu e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017.
- REICHERT, A. P. S. Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à saúde: um desafio a ser enfrentado. **Rev Enf UFPI**, v. 5, n. 1, p. 1-3, 2016.
- ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M.G.; FAUSTO, M.C.R.; *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.
- COSTA, J. P. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em debate**, v. 38, p. 733-743, 2014.
- LEONARD, I.; BABBS, C.; CREED, F. Psychiatric referrals within the hospital: the communication process. **J R Soc Med** v. 83, n.241-4, 1990.
- WAHLBERG, H.; VALLE, P.C.; MALM, S.; *et al.* Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Heal Serv Res**. v.15, 15:353, 2015.
- JANATI, A.; AMINI, A; ADHAN, D *et al.* Assessing the quality of referral letters written by general practioners: a cross-sectional study in rural iran. **Cad. Saúde Pública**; v.33, n.2, e00043016, 2017.
- BITENCOURT, A.G.V.; NEVES, N.M.B.C; NEVES, F.B.C.S. *et al.* Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Rev Bras Educ Med**. v. 31, n. 2, p. 166–172, 2007.
- SAMPAIO, A. C.; DA SILVA, M. R. F. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. **Rev Bioét**, v. 18, n. 2, 2010.
- MINOSSI, J.G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 36, n. 1, p. 090-095, 2009 .
- TOBIN-SCHNITTGER, P. *et al.* Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a

- literature review and discussion paper. **Prim Heal Car Res & Devel**, v.19, p. 211–222, 2018.
15. SOARES, M.O. Mayo. HIGA, E.F.R.; PASSOS, A.H.R. *et al.* Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. **Rev. bras. educ. med.** v. 38, n. 3, p. 314-322, 2014
 16. OLIVEIRA AMG, SIQUEIRA, MEP, ALTÉA, PM, SAITO, RXS. **Avaliação em saúde para organização do trabalho na perspectiva do sujeito.** In: Saito RXS, organizadora. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo (SP): Martinari; 2008. p.83-116.
 17. BENSEÑOR I.M. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. **Rev Med** (São Paulo). v.00, n.4, p. 236-41, 2013.
 18. PICOLI, R.P.; DOMINGO, A.L.; SANTOS, S.C.; et al . Competências Propostas no Currículo de Medicina: Percepção do Egresso. **Rev. bras. educ. med.** v. 41, n. 3, p. 364-371, 2017.
 19. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº3 de 20 de julho de 2014.** Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jul. 2014; Seção 1, p.8-11.
 20. FREITAS, M.B.; YOSHIMURA, E.M. Levantamento da distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem e frequência de exames radiológicos no Estado de São Paulo. **Radiol Bras.** v.38, p.347–54, 2005.
 21. SILVA, V.M.C.; LUIZ, R.R.; BARRETO, M.M.; et al. Competence of senior medical students in diagnosing tuberculosis based on chest X-rays. **J Bras Pneumol.** v.36, p.190–6, 2010.
 22. BORÉM, L.M.A.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SILVEIRA, M.F.; RODRIGUES NETO, J.F. O conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde e da urgência sobre os exames de imagem. **Radiol Bras.** v.46, n. 6, p. 341–345. 2013.
 23. SERRA, C.G; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.
 24. SILVEIRA, R.P.; LEAL, O.; MOTA, E.D. **Principais queixas e hipóteses diagnósticas nos encaminhamentos para ortopedia no Município de Rio Branco (Acre).** In: Meneguetti, D.U.O.; Silva, R.P.M. Ciência da saúde na Amazônia Ocidental. Rio Branco, Acre: Strictus Sensu, 2019. 294 p.
 25. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
 26. MARTINS, R. **Análise gráfica de receitas médicas: uma contribuição do design da**

informação para a detecção e prevenção de erros latentes/Ricardo Martins. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2009.

28. NASH, E.; HESPE, C.; CHALKLEY, D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to

27. ESAN, O.; OLADELE, O. Referral letters to the psychiatrist in Nigeria: is communication adequate?. *Afr. Health Sciences*, V.16, n.4, p. 1023-1026, 2016.

an inner-city emergency department. ***Emergency Medicine Australasia***, v. 28, n. 3, p. 313-318, 2016.