

Referências médicas evitáveis em unidade de saúde de Porto Alegre – um estudo exploratório

Avoidable medical references in Porto Alegre health unit – an exploratory study

Referencias médicas evitables en unidad de salud de Porto Alegre – un estudio exploratorio

Daniele Moi Trevisol¹, Graziela Melz², Eno Dias de Castro Filho³, Victor Nascimento Fontanive³

¹ Prefeitura Municipal de Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

Introdução: A análise das referências médicas de pacientes da Atenção Primária à Saúde (APS) para especialidades focais traz questões relevantes para a formulação e administração de políticas do sistema de saúde. A detecção de encaminhamentos potencialmente evitáveis pode permitir um aprimoramento dos processos de trabalho, assim como otimizar a alocação de recursos. **Objetivo:** Descrever as referências secundárias geradas por médicos de uma Unidade de APS vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no ano de 2017, e construir critérios para classificá-las, discutindo sua evitabilidade. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, baseado em documentação. Os dados foram obtidos no sistema GERCON® (Sistema de Gerenciamento de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS). Os encaminhamentos foram classificados conforme seu motivo e também conforme sua evitabilidade. **Resultados:** Foram gerados 799 encaminhamentos, a 110 especialidades médicas no período. Após a exclusão das especialidades de dermatologia e de pré-natal de alto risco (por mudança nos critérios e fluxos de encaminhamento, durante 2017), restaram 733 referenciamentos. Destes, 582 foram categorizados pelas pesquisadoras como não evitáveis e 151 como evitáveis. Os motivos de encaminhamentos predominantes foram: terapêuticas não disponíveis na APS (34%), recursos diagnósticos não disponíveis em APS (26,5%) e dúvida diagnóstica ou terapêutica (23,2%). Em relação à evitabilidade, foram identificados 20,6% de referenciamentos evitáveis, predominando aqueles que envolviam carência de conhecimentos/habilidades/ atitude do médico. Quanto aos encaminhamentos categorizados como não evitáveis (79,4%), predominaram aqueles efetivados por necessidade de conhecimentos/habilidades/procedimentos não próprios à APS. **Conclusão:** A construção de um conceito para referências evitáveis, a partir de estudos empíricos, pode enriquecer a gestão de serviços de APS, tendo em vista sua resolutividade. O presente estudo encontrou, nessa Unidade de APS, um baixo percentual de encaminhamentos potencialmente evitáveis.

Palavras-chave: Encaminhamento e Consulta; Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde; Sistemas de Saúde; Organização e Administração; Medicina de Família e Comunidade.

Como citar: Trevisol DM, Melz G, Castro Filho ED, Fontanive VN. Referências médicas evitáveis em unidade de saúde de Porto Alegre – um estudo exploratório. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2129. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2129](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2129)

Autor correspondente:

Daniele Moi Trevisol.
E-mail: danielemoi@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

2.654.085 (Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição), aprovado em 14 de maio de 2018.

Procedência e revisão por pares:

peer reviewed.

Recebido em: 07/07/2019.

Aprovado em: 11/12/2019.



Abstract

Introduction: The analysis of medical referrals from Primary Health Care (PHC) patients to focal specialties brings relevant issues to the formulation and administration of health system policies. The detection of potentially avoidable routing can allow an improvement in work processes, as well as optimize resource allocation. **Objective:** To describe the secondary references generated by physicians from a PHC unit linked to the Grupo Hospitalar Conceição (GHC), in 2017, and to build criteria to classify them, discussing their avoidability. **Methods:** A descriptive exploratory study based on documentation. The data were obtained from the GERCON® system (Query Management System of the Municipal Health Department of Porto Alegre/RS). The referrals were classified according to their motive and according to their avoidability. **Results:** 799 referrals were generated, to 110 medical specialties in the period. After excluding of high-risk prenatal and dermatology specialties (due to changes in criteria and referral flows during 2017), 733 referrals remained. Of these, 582 were categorized by the researchers as non-preventable and 151 as avoidable. The predominant reasons for referral were: therapies not available in PHC (34%), diagnostic resources not available in PHC (26.5%), and diagnostic or therapeutic doubt (23.2%). 20.6% of preventable referrals were identified with a predominance of those involving lack of physician knowledge/skills/attitude, regarding avoidability. Regarding referrals categorized as non-avoidable (79.4%), those carried out due to the need for knowledge/skills/procedures not proper to PHC predominated. **Conclusion:** The construction of a concept for avoidable references from empirical studies can enrich the management of PHC services, in view of their resolution. The present study found, in this PHC Unit, a low percentage of potentially preventable referrals.

Keywords: Referral and Consultation; Primary Health Care; Delivery of Health Care; Health Systems; Organization and Administration; Family Practice.

Resumen

Introducción: El análisis de las referencias médicas de los pacientes de la Atención Primaria a la Salud (APS) a las especialidades focales aporta cuestiones pertinentes para la formulación y administración de políticas del sistema de salud. La detección de encaminamientos potencialmente evitables puede permitir mejorar los procesos de trabajo, así como optimizar la asignación de recursos. **Objetivo:** Describir las referencias secundarias generadas por los médicos de una Unidad de APS vinculada al Grupo Hospitalar Conceição (GHC), en el año 2017, y construir criterios para clasificarlas, discutiendo su evitabilidad. **Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio basado en documentación. Los datos se obtuvieron en el sistema GERCON® (Sistema de Gestión de Consultas de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre-RS). Los encaminamientos se clasificaron según su motivo y evitabilidad. **Resultados:** Se generaron 799 encaminamientos a 110 especialidades médicas en el período. Después de la exclusión de las especialidades de dermatología y de prenatal de alto riesgo (debido a los cambios en los criterios y flujos de encaminamiento durante 2017), quedaron 733 referencias. De estos, 582 fueron categorizados por las investigadoras como no evitables y 151 como evitables. Los motivos predominantes de encaminamientos fueron: terapéuticas no disponibles en la APS (34%), recursos diagnósticos no disponibles en la APS (26,5%) y duda diagnóstica o terapéutica (23,2%). En cuanto a la evitación, se identificó el 20,6% de referencias evitables, predominando aquellos que involucran carencia de conocimientos/habilidades/actitud del médico. En cuanto a los encaminamientos categorizados como no evitables (79,4%), predominaron aquellos realizados a la necesidad de conocimientos/habilidades/procedimientos no propios de la APS. **Conclusión:** La construcción de un concepto para Referencias Evitables a partir de estudios empíricos puede enriquecer la gestión de servicios de APS, teniendo en vista su resolutivez. El presente estudio encontró un bajo porcentual de encaminamientos potencialmente evitables en esta Unidad de APS.

Palabras clave: Derivación y Consulta; Atención Primaria de Salud; Prestación de Atención de Salud; Sistemas de Salud; Organización y Administración; Medicina Familiar y Comunitaria.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do sistema de saúde. As referências médicas a partir desse ponto são o caminho ordinário de acesso a médicos especialistas focais.^{1,2,3} No contexto de sistemas de saúde baseados na APS, o médico deste nível tem o importante papel de coordenador do cuidado, agindo como um “porteiro” (*gatekeeper*).⁴ Ele é o responsável por solucionar a maior parte dos problemas médicos e determinar a necessidade do encaminhamento a outros profissionais ou níveis de atenção. Segundo Starfield¹, seu cuidado pode melhorar a continuidade e a coordenação da atenção, reduzindo o uso inapropriado de outros serviços especializados e melhorando a saúde de uma população⁴.

Os padrões de atuação dos médicos de APS, ao longo do tempo, são relevantes para administradores do sistema de saúde e formuladores de políticas, pois refletem a constante mudança de oferta e demanda de vários serviços e são matrizes significativas dos custos de saúde.⁵ O conhecimento desses padrões pode ajudar na tomada de decisões de financiamento de cuidados de saúde e alocação de recursos.⁶

Segundo Duncan,⁷ sistemas de saúde baseados na APS são mais eficientes e trazem mais satisfação à população, além de apresentarem menores custos. Neste sentido, ser mais eficiente também significa reduzir o uso inapropriado de outros serviços especializados, melhorando a saúde da população.⁴

Os Médicos de Família e Comunidade (MFC), os especialistas desse nível, são peça chave na resolutividade da APS. Tratam doenças agudas e crônicas, e disponibilizam intervenções e educação em saúde para a população. Eles têm habilidades especiais no tratamento de pessoas com múltiplos problemas de saúde e comorbidades.^{8,9}

No contexto do estudo, cabe destacar que a Unidade Básica de Saúde (UBS) analisada é um centro de formação em Medicina de Família e Comunidade. Todos os seus médicos são Médicos de Família e Comunidade (MFC) titulados ou em formação. Além disso, a UBS conta com matriciamento de especialistas em pediatria, psiquiatria e medicina interna.

No sentido de promover prevenção quaternária - “ação feita para identificar um paciente ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis”,⁸ o referenciamento deve ser, segundo as condições do contexto, sempre apropriado. Evitar encaminhamentos realizados de forma inapropriada, resulta em redução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desnecessários (inclusive hospitalização), protege diretamente as pessoas sob cuidados e reduz ou redireciona o consumo de recursos que poderiam ser melhor alocados.¹⁰

Na literatura, está estabelecido o conceito de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). São definidas como as condições em que geralmente a hospitalização seria evitável se houvesse cuidado preventivo e manejo agudo precoce, componentes fortalecidos quando a APS é efetiva.^{11,12} Estudos têm demonstrado que tais internações podem refletir problemas no acesso ou desempenho de sistemas de cuidados de saúde, sendo utilizadas em ambientes internacionais e brasileiros como medida de efetividade de APS.^{11,12,13} Diferentemente das ICSAP, a multiplicidade das definições e características de referenciamento a especialistas focais limita as possibilidades de comparação desse aspecto da efetividade da APS. O próprio cálculo das taxas de referência varia nos estudos encontrados, utilizando-se diferentes denominadores para cálculo da proporção de evitabilidade. Em alguns utiliza-se a “população consultadora” do território do serviço de APS,¹⁴ em outros o número de consultas no serviço.^{15,16}

Alguns estudos^{14,15,16,17,18} realizaram uma análise dos padrões desse referenciamento, porém, no que se refere à realidade brasileira,¹⁹ pouco foi explorado (Quadro 1). A oferta de especialistas focais no Sistema Único de Saúde (SUS) é escassa e a alocação de recursos deve ser otimizada. No entanto, a exploração desses padrões pode gerar hipóteses para novos e promissores estudos no âmbito da busca de uma maior resolutividade na APS. A análise do universo de encaminhamentos de uma unidade básica de saúde para especialistas focais pode abrir espaço criativo para o reestudo de rotinas e novas melhorias em eficiência.

O presente estudo teve como objetivo descrever as referências secundárias geradas por médicos de uma unidade de APS, construindo critérios para classificá-las a partir de sua evitabilidade.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, baseado em documentação. Foi revisada a literatura sobre hospitalizações e/ou referências secundárias evitáveis. A amostra incluiu o universo dos encaminhamentos

Quadro 1. Estudos com análise de padrões de referenciamento da atenção básica para especialidade focal.

Estudo	Ano	Local	Resultados	Discussão / Conclusões
Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care BMJ. 1994;309:576.	1994	Reino Unido	Dos encaminhamentos estudados, 34% foram considerados potencialmente evitáveis. Setenta e dois por cento das referências evitáveis foram causadas pela falta de recursos, sendo que destas, 17% foram por informações inadequadas dos hospitais, corroborando que altos custos potencialmente podem ser gerados pela pobre comunicação.	Os clínicos gerais poderiam reduzir demandas de especialistas se houvesse um incremento de trabalhadores na atenção primária suficiente para lidar com a demanda; acesso fácil a cuidados intermediários; e melhoria na comunicação entre hospitais e clínicos gerais
Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making. 2006;26(1):76-85.	2006	Estados Unidos	Referências aos especialistas focais corresponderam a 5,2% das consultas. Dos encaminhamentos do estudo, 17% foram feitos a partir de indicações discricionárias. Dos médicos do estudo, 47,5% era assalariada e 24,8% sentiu moderada, a muita pressão de controlar os custos dos encaminhamentos.	A decisão de referenciamento do médico da atenção primária é influenciada por uma combinação complexa de características do paciente, do médico, e estruturais do sistema de saúde
Shadd J, Ryan B, Maddocks H, Thind A. Patterns of referral in a Canadian primary care electronic health record database: retrospective cross-sectional analysis. Journal of Innovation in Health Informatics. 2011;19(4):217-223.	2011	Canadá	No total, 7771 pacientes (31,3%) tiveram uma ou mais referências médicas. A taxa de referência geral foi de 455/1000 pacientes/ano (IC 95%, 444-465). As principais especialidades referenciadas foram cirurgia geral, ginecologia e obstetria e cirurgia ortopédica.	Os padrões de referenciamento foram semelhantes a outros estudos. A grande maioria da variação nas taxas de referência foi atribuída a aspectos do nível do paciente (em oposição à avaliação clínica).
Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Førde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. BMC Health Services Research. 2013;13:147.	2013	Noruega	De 4350 pacientes, 689 foram referenciados para atenção secundária clínica ou exames radiológicos, 45 para atenção secundária psiquiátrica e 1 para os dois tipos de cuidados. A taxa de referenciamento foi de 13,7% das consultas. Médicos generalistas mulheres referenciaram significativamente mais do que homens (16% vs 12,6%, OR ajustado 1.25). Médicos de família e comunidade referenciaram menos que seus colegas (12,5% vs 14,9%, OR ajustado 0.76), porém referenciavam com maior frequência para exame radiológico.	Identificada alta taxa de referência geral e uma grande variabilidade entre os médicos generalistas. A intervenção nos altos índices de referenciamento é uma área potencial para melhorias e é necessário explorar o processo de decisão de referência em si.
Biggerstaff ME, Short N. Evaluation of specialist referrals at a rural health care clinic. J Am Assoc Nurse Pract. 2017;29(7):410-4	2017	Estados Unidos	A taxa de referenciamento foi de aproximadamente 27% das consultas. Ortopedia, reumatologia e neurocirurgia foram as especialidades com maiores taxas de referenciamento que potencialmente poderiam ser manejadas na atenção primária - 24%, 23% e 20% respectivamente.	Observadas referências gerais acima do esperado, e uma grande porcentagem de pacientes que não completavam o processo de referenciamento, seja por limitações próprias do paciente, comunicação inadequada das informações de referenciamento, ou perda de seguimento na atenção primária.

médicos a especialidades focais, na Unidade de Saúde Barão de Bagé, situada no município de Porto Alegre (Brasil), no ano de 2017. Os dados foram obtidos no sistema GERCON® (Sistema de Gerenciamento de Consultas), através de acesso individual de profissional. Os campos gerados através deste acesso foram: classificação de risco solicitante; classificação de risco regulador; total de pontos; data da solicitação; data da consulta; paciente; especialidade; CID principal; município paciente; situação; justificativa situação; objetivo de encaminhamento; outros. Foram criadas colunas adicionais ao arquivo XLS gerado, incluindo motivo de encaminhamento, além da classificação. A classificação foi orientada pela aplicação ou adaptação dos critérios encontrados na literatura¹⁷ e com a elaboração de novos critérios a partir do contexto do estudo.

A categorização dos encaminhamentos evitáveis foi revisada pelas duas pesquisadoras, médicas residentes em MFC, baseada em protocolos assistenciais.^{20,21,22} Não há protocolos de encaminhamento a especialidades focais do próprio serviço onde foi realizado o estudo. As discordâncias foram revisadas em conjunto, a fim de definir um consenso. O recurso de acesso a um terceiro pesquisador, para resolução de divergências, não foi necessário. Pacientes não participaram do planejamento do estudo. O banco de dados utilizado foi compartilhado na plataforma OSF (Open Science Framework).

Referências para dermatologia e pré-natal de alto risco foram excluídas do universo do estudo por pré-requisitos obrigatórios ao encaminhamento e migração para o GERCON® apenas durante o decorrer do ano de 2017, respectivamente. Além destes, registros de referência duplicados (mesma pessoa para mesma especialidade) também foram excluídos.

Critérios de classificação utilizados:

1) Quanto aos motivos:

- Terapêuticas não disponíveis em APS – exemplo: paciente com indicação de cateterismo cardíaco por angina instável;
- Recursos diagnósticos não disponíveis em APS – exemplo: indicação de videolaparoscopia para confirmação de endometriose;
- Acesso a rastreamentos não disponível em APS – exemplo: fundoscopia para retinopatia diabética;
- Dúvida diagnóstica/terapêutica, específica ou geral;
- Demanda de paciente (a pedido e/ou insistência);
- Solicitação de especialista focal/outro profissional;
- Motivo não claro.

2) Quanto à evitabilidade:

2.1) Não evitáveis, por:

- Necessidade de conhecimento próprio de especialista focal – exemplo: paciente com hipertireoidismo;
- Necessidade de habilidades ou procedimentos próprios de especialista focal – exemplo: hérnia inguinal;
- Necessidade de testes diagnósticos cuja solicitação só é aceita se feita por especialista focal – exemplo: investigação de surdez (solicitação de audiometria era realizada por otorrinolaringologistas, exclusivamente);
- Necessidade de outra perspectiva/opinião;
- Não evitável, mas, conforme protocolos, deveria ter sido para outra especialidade.

2.2) Evitáveis se:

- O médico utilizasse outras habilidades integrantes das competências ideais do MFC – exemplo: avaliação pré-operatória;

- O médico utilizasse outros conhecimentos integrantes das competências ideais do MFC – exemplo: manejo de lombalgia;

- O médico acessasse em si uma atitude diferente (havia recursos disponíveis que não puderam ser acessados) – exemplo: encaminhamento para reabilitação física (fisiatria), quando poderia prescrever fisioterapia;

- O médico tivesse acesso a outros insumos ou equipamentos - por exemplo, anuscópio, oftalmoscópio, etc.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Centro de Ensino e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (CepAPS) e, após, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição. Foi registrado na Plataforma Brasil sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 84985018.1.0000.5530. A pesquisa atendeu a todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A análise estatística do banco de dados baseou-se em estudos de frequência, além da utilização do coeficiente de concordância de Kappa no processo de classificação.

Resultados

A população do território adscrito à UBS é de 4051 pessoas, conforme o IBGE, 2010. Nela foram registrados 12.979 atendimentos médicos, incluindo emissão de prescrição de repetição, no ano de 2017, para um total de 2.980 indivíduos (Fonte: Sistema de Informações do Serviço de Saúde Comunitária do GHC). Destes, 579 (14% da população adscrita) foram encaminhados a um ou mais especialista focal durante o ano – já excluídos pré-natal de alto risco e dermatologia (Figura 1). A proporção de encaminhamento nas consultas foi de 5,64%.

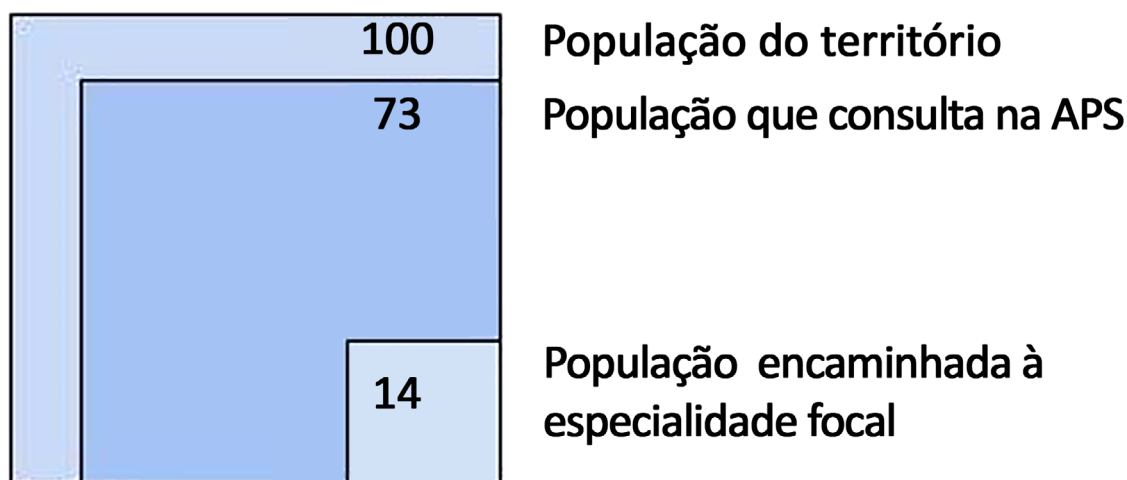


Figura 1. Proporção de população encaminhada de uma unidade de saúde para especialidade focal, no âmbito do SUS, no ano de 2017.

Excluindo-se os duplicados, foram totalizados 799 encaminhamentos a 110 especialidades médicas no ano de 2017 na unidade de saúde avaliada. Destes, agrupando-se subespecialidades, destacam-se: oftalmologia com 209 (26,16%); ginecologia, 65 (8,14%); dermatologia, 55 (6,88%); otorrinolaringologia, 53 (6,63%); cirurgia geral, 46 (5,76%); e ortopedia, 44 (5,51%). Após a exclusão da dermatologia e do pré-natal de alto risco, por mudança nos critérios de encaminhamento durante o ano, restaram 733 referenciamentos, totalizando 579 pessoas encaminhadas a serviços especializados, sendo 451 (61,5%), com encaminhamento único durante o ano estudado (Tabela 1).

Tabela 1. Número de encaminhamentos por paciente.

	n	Encaminhamentos
Pacientes com encaminhamento único	451	451
Pacientes com 2 encaminhamentos	106	212
Pacientes com 3 encaminhamentos	19	57
Pacientes com 4 encaminhamentos	2	8
Pacientes com 5 encaminhamentos	1	5
Total	579	733

Com relação à classificação de evitabilidade dos encaminhamentos na etapa individual de cada pesquisadora, 583 dos 733, foram categorizados por ambas como não evitáveis e 52 como evitáveis, totalizando uma concordância de 86,6%. No que se refere aos motivos de encaminhamento, observou-se uma predominância de terapêuticas não disponíveis na APS, seguida de recursos diagnósticos não disponíveis em APS e, em terceiro lugar, dúvida diagnóstica ou terapêutica, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Motivos de referenciamento.

MOTIVO	Frequência	%
Terapêuticas não disponíveis em APS.	249	34,0
Recursos diagnósticos não disponíveis em APS (ex. RNM).	194	26,5
Indicação de rastreio, não disponível em APS.	22	3,0
Dúvida diagnóstica/terapêutica, específica ou geral.	170	23,2
Demanda de paciente (a pedido e insistência).	5	0,7
Solicitação de especialista/por outro profissional.	49	6,7
Não claro.	44	6,0
Total	733	100

No que diz respeito à evitabilidade, cerca de um quinto foram identificados como referenciamentos evitáveis, predominando aqueles que envolviam carência de conhecimentos/habilidades/atitudes idealmente disponíveis para o nível primário de cuidados. Quanto aos encaminhamentos categorizados como não evitáveis, a maioria ocorreu por necessidade de conhecimentos/habilidades/procedimentos próprios do nível secundário do sistema de saúde (Tabela 3).

As especialidades com maior proporção de referências evitáveis foram: pneumologia apneia do sono – polissonografia; cirurgia vascular – varizes; oftalmologia – retinopatia diabética; cirurgia vascular adulto; ortopedia quadril; ortopedia coluna; fisioterapia; cirurgia vascular arterial; ortopedia joelho; ginecologia – estática pélvica/incontinência urinária; e, proctologia adulto (Tabela 4). Cabe lembrar que há uma grande distribuição de especialidades (110) e, portanto, números absolutos pequenos para cada especialidade.

Tabela 3. Evitabilidade dos encaminhamentos.

EVITÁVEL	JUSTIFICATIVA	Frequência	%
NÃO	Necessidade de conhecimento de especialista focal.	348	47,48
	Necessidade de habilidades ou procedimentos de especialista focal.	207	28,20
	Necessidade de testes disponíveis apenas ao especialista focal.	2	0,27
	Necessidade de outra perspectiva/opinião.	0	0,00
	Encaminhamento não evitável, mas para outra especialidade, conforme protocolos.	25	3,41
Subtotal		582	79,36
SIM	Se o médico utilizasse outras habilidades dentro das competências do MFC.	27	3,68
	Se o médico utilizasse mais conhecimentos dentro das competências do MFC.	76	10,37
	Se o médico acessasse em si uma atitude diferente.	33	4,50
	O médico tivesse acesso a outros insumos e equipamentos.	15	2,05
Subtotal		151	20,60
Total		733	100,00

Tabela 4. Especialidades com maiores proporções de referências evitáveis.

ESPECIALIDADE		EVITÁVEL		Total
		NÃO	SIM	
CIRURGIA VASCULAR ADULTO	n	1	6	7
	%	14,3%	85,7%	100,0%
CIRURGIA VASCULAR ARTERIAL	n	2	3	5
	%	40,0%	60,0%	100,0%
CIRURGIA VASCULAR VARIZES	n	1	15	16
	%	6,3%	93,8%	100,0%
FISIATRIA GERAL	n	3	6	9
	%	33,3%	66,7%	100,0%
GINECOLOGIA ESTÁTICA PÉLVICA- INCONTINÊNCIA URINÁRIA	n	3	4	7
	%	42,9%	57,1%	100,0%
OFTALMOLOGIA RETINOPATIA DIABÉTICA	n	2	16	18
	%	11,1%	88,9%	100,0%
ORTOPEDIA COLUNA ADULTO	n	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%
ORTOPEDIA JOELHO	n	6	8	14
	%	42,9%	57,1%	100,0%
ORTOPEDIA QUADRIL	n	2	4	6
	%	33,3%	66,7%	100,0%
PNEUMOLOGIA APNEIA DO SONO -POLISSONOGRAMA	n	0	4	4
	%	0,0%	100,0%	100,0%
PROCTOLOGIA ADULTO	n	8	9	17
	%	47,1%	52,9%	100,0%

Discussão

Dentre os principais achados do estudo, destaca-se a proporção de moradores do território adscrito, de qualquer idade, que consultaram na Unidade em um ano (73,5%). Destes, 19,4% foram encaminhados, o que significa 14,29% (Figura 1) do total dos moradores. A proporção de consultas que geraram encaminhamentos

para especialidades focais foi de 5,64%. Tais frequências expressam tanto o forte vínculo dos moradores com a Unidade, com suas muitas demandas, como também a capacidade da Unidade em filtrá-las. Com isso, protege-se a maioria das pessoas de consultas desnecessárias com especialistas focais, assim como resguarda-se espaço nas agendas destes para quem delas realmente necessita.¹⁵

Analisando o número de encaminhamentos por paciente, observamos que 22,1% dos pacientes foram responsáveis por 38,4% dos encaminhamentos no período em análise. A presença de pacientes com condições crônicas coexistentes poderia justificar tais proporções,²³ mas isto não foi analisado no presente estudo.

Entre as especialidades referenciadas, oftalmologia representou 26,16% dos encaminhamentos. Não surpreendentemente, tanto esta quanto as demais especialidades com maior representatividade nos encaminhamentos (ginecologia; dermatologia; otorrinolaringologia; cirurgia geral), apresentaram grandes filas de espera para consulta (Dados do Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde, dezembro de 2017).²⁴

O principal motivo de referenciamento foi a indisponibilidade de determinadas terapêuticas na APS (34%). Do universo dos encaminhamentos analisados, identificamos 20,4% como potencialmente evitáveis. A necessidade de maior conhecimento do médico referenciador predominou como causa possivelmente modificável. A classificação das referências se deu a partir de protocolos clínicos, preferencialmente os validados pelo Ministério da Saúde. Como estes estão em constante construção, pode haver divergências, mas o processo de produção de consenso entre os pesquisadores buscou a mitigação de tal risco.

Em nossa realidade, assim como ocorre em geral,^{6,10} parte das referências a especialistas focais se deriva do modo como se disponibilizam, ou não, nos processos educacionais médicos e na oferta de serviços de apoio diagnósticos, a possibilidade de realização de alguns procedimentos nas próprias Unidades de APS, ou a solicitação direta de um determinado exame sem necessidade de referência a outro profissional. É o caso, por exemplo, da produção de imagem da retina para rastreamento em diabéticos, ou mesmo da realização de fundoscopia. Há realidades em que o médico de família é proficiente na segunda,²⁵ ou tem acesso a equipamentos para gerar a primeira. Na Unidade estudada, nenhuma das duas está disponível. Não é estranho que a oftalmologia seja uma das mais referenciadas num contexto assim.

O estudo realizado apresentou limitações com relação a análise do perfil de pacientes encaminhados, pois o banco de dados GERCON® não disponibiliza importação de dados como gênero e idade dos pacientes. Além disso, observamos informações insuficientes na justificativa/evolução dos encaminhamentos, prejudicando um julgamento preciso dos motivos. Isso dificultou também a categorização quanto à evitabilidade. Na tentativa de diminuir os possíveis vieses de classificação, empregou-se um processo de avaliação por pares que assegurasse a produção de consenso entre os pesquisadores. No entanto, não se recorreu a uma análise de prontuários para aprofundar o conhecimento sobre cada referência, o que talvez tivesse resultado em uma quantidade menor classificada como evitável. Além disso, a classificação como evitável, a partir dos protocolos de encaminhamentos vigentes, pode esconder que uma referência pode ser evitável até que se cumpra um aspecto do protocolo, mas não que ela seria evitável até o fim.

Há escassez de estudos com o objetivo de avaliar a evitabilidade dos encaminhamentos, bem como de um instrumento padronizado para tal. Esta pesquisa fez um levantamento de uma realidade local,

visando contribuir para o delineamento de estudos mais robustos e que contemplem populações e serviços diversos, desejavelmente mais abrangentes e representativos em termos nacionais e internacionais.

Infelizmente, a análise de encaminhamentos potencialmente evitáveis é carente. O presente estudo, comparado ao de Elwyn,¹⁷ observou uma proporção de encaminhamentos evitáveis menor (20,4% contra 34%). Tal diferença pode ser justificada porque aquele estudo tem quase 15 anos e porque, na unidade de saúde analisada aqui, os médicos referenciadores já são especialistas ou, no mínimo, estão inseridos em Programa de Residência de medicina de família e comunidade.¹⁵ Outra razão é o acesso a interconsulta com pediatra, internista e psiquiatra, já mencionados, na própria unidade. Mesmo com as peculiaridades da unidade em estudo e sua baixa proporção de encaminhamentos evitáveis, identificamos que 50,3% dos encaminhamentos evitáveis possivelmente não ocorreriam naquele momento, se o médico referenciador desenvolvesse mais algumas competências próprias ao âmbito da APS.

Com relação às especialidades focais, o encaminhamento para oftalmologia se destaca, provavelmente, devido à necessidade de instrumentos específicos para o atendimento oftalmológico básico. Outros estudos também a evidenciaram como uma das principais especialidades de encaminhamento.^{6,26} Vargas e Rodrigues²⁷ identificaram a baixa acuidade visual como principal motivo de encaminhamento para esta especialidade. Como problemas desta área acabam interferindo no desenvolvimento intelectual e laboral da pessoa, e dado serem consequência frequente de problemas de ampla prevalência como hipertensão e diabetes, justifica-se seu lugar como principal especialidade referenciada.

A partir deste estudo, destaca-se a necessidade de compreender melhor a evitabilidade dos encaminhamentos. Diversos estudos^{10,16,28,29} analisam potenciais fatores de transformação na decisão de referenciar, mas há escassez de pesquisas para determinar se esta decisão seria ou não evitável. A melhor compreensão do universo de encaminhamentos pode propiciar estratégias que favoreçam uma alocação mais eficiente de recursos escassos, tanto na APS quanto nas especialidades focais.

Além disso, o presente estudo oferece uma identificação das especialidades destinatárias do maior número de encaminhamentos evitáveis. Constatou-se que o elemento principal que os evitaria seria o emprego de mais conhecimentos próprios às competências do MFC (10,4%), quer pessoalmente ou por recepção de suporte à tomada de decisão. Estratégias de educação permanente que levem em conta o aqui encontrado, e um direcionamento de investimentos em tecnologias que ampliem ainda mais a resolutividade dos médicos de APS, podem preservar uma proporção maior de consultas com especialistas focais aos pacientes que possuem melhor indicação para tal.

Conclusão

A construção de um conceito para referências evitáveis a partir de estudos empíricos pode enriquecer a gestão de serviços de APS, tendo em vista sua resolutividade. O presente estudo encontrou, nessa Unidade de APS, um percentual menor de encaminhamentos potencialmente evitáveis em relação à literatura comparável.¹⁷ Os encaminhamentos detectados como evitáveis podem oferecer pistas relevantes para direcionar os processos de educação permanente e suporte à tomada de decisão nessa Unidade. Ainda que os resultados não possam ser generalizados, outros serviços podem perceber como útil a aplicação de métodos similares para conhecer sua realidade de encaminhamento e discuti-la.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: DT, EF, GM. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: DT, EF, GM, VF. Elaboração do rascunho do trabalho: DT, EF, GM. Revisão crítica para conteúdo intelectual importante: DT, EF, GM, VF. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas. Sendo DT, EF, GM e VF os acrônimos do nome dos autores.

Referências

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q.* 2011 Mar;89(1):39-68. PMID: 21418312 DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00619.x
3. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmos RD. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1):93-9. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100013
4. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Primary Health Care.* 2010 Mar;29(1):28-38. DOI: https://doi.org/10.3109/02813432.2010.537015
5. Forrest CB. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment?. *BMJ.* 2003 Mar;326(7391):692-5. PMID: 12663407 DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.692
6. Liddy C, Arbab-Tafti S, Moroz I, Keely E. Primary care physician referral patterns in Ontario, Canada: a descriptive analysis of self-reported referral data. *BMC Fam Pract.* 2017 Aug;18(1):81. DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-017-0654-9
7. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Artmed: 2012; p. 20-208.
9. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2014; 6 de Abril de 2015. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>
10. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Out;(4):CD005471. PMID: 18843691 DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471.pub2
11. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PloS One.* 2017 Aug;12(8):e0182336. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>
12. Mendonça CS, Leotti VB, Dias-da-Costa JS, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socio-economic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan.* 2017 Dec;32(10):1368-74. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx103>
13. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V, Rubinstein F. Avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of primary health care effectiveness in Argentina. *J Ambul Care Manage.* 2014 Jan/Mar;37(1):69-81. PMID: 24309396 DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000008>
14. Shadd J, Ryan B, Maddocks H, Thind A. Patterns of referral in a Canadian primary care electronic health record database: retrospective cross-sectional analysis. *Journal of Innovation in Health Informatics.* 2011 Jul;19(4):217-23. DOI: <https://doi.org/10.14236/jhi.v19i4.816>

15. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Førde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr;13(1):147. PMID: 23617296 DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-147>
16. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physician specialty referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. *Med Decis Making.* 2006 Jan/Feb;26(1):76-85. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272989X05284110>
17. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ.* 1994 Sep;309:576. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6954.576>
18. Biggerstaff ME, Short N. Evaluation of specialist referrals at a rural health care clinic. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017 Jul;29(7):410-4. DOI: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12480>
19. Juliani C, MacPhee M, Spiri W. Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process. *Healthcare.* 2017;5(1):4. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare5010004>
20. Governo do Estado Rio Grande do Sul (BR). Secretaria de Saúde. Atenção Básica do RS [Internet]. Protocolos RegulaSUS. Porto Alegre: Atenção Básica RS; 2018; [acesso em 2018 abr 7]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/protocolos-regulasus>
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
22. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) [Internet]. Protocolos e Diretrizes. Brasília: CONITEC; 2016; [acesso em 2018 abr 7]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
23. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* 2007 Dec;(22 Suppl 3):391-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0322-1>
24. Portal da Prefeitura Municipal de Porto Alegre [internet]. Complexo Regulador Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Porto Alegre, FILA DE ESPERA POR SUBESPECIALIDADE: Dezembro de 2017; [Acesso em 24 out 2018]. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/dezembro_indicador_subespecialidades_com_odonto.pdf
25. Rosses APO, Ben ÂJ, Souza CF, Skortika A, Araújo AL, Carvalho G, et al. Diagnostic performance of retinal digital photography for diabetic retinopathy screening in primary care. *Fam Pract.* 2017 Sep;34(5):546-51. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz020>
26. Tandjung R, Hanhart A, Bärtschi F, Keller R, Steinhauer A, Rosemann T, et al. Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Med Wkly.* 2015 Dec;145:142-4. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14244>
27. Vargas MA, Rodrigues MLV. Perfil da demanda em um serviço de Oftalmologia de atenção primária. *Rev Bras Oftalmol.* 2010;69(2):77-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-72802010000200002>
28. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, et al. What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015. DOI: <https://doi.org/10.3310/hsdr03240>
29. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res.* 2006 Jan 19;6:5. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-5>