

## Avaliação das informações contidas nos encaminhamentos dos pacientes da atenção primária do município de Rio do Sul (SC)

Evaluation of the information contained in the referrals of primary care patients in the city of Rio do Sul (SC)

*Evaluación de las informaciones contenidas en los encaminhamientos de pacientes de atención primaria en la ciudad de Rio do Sul (SC)*

Eloyve Joaquim Ramos Junior<sup>1</sup> , Franciani Rodrigues da Rocha<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – Rio do Sul (SC), Brasil.

### Resumo

**Introdução:** O processo de encaminhamento é um dos sistemas logísticos em atividade atualmente e tem como função interligar os diferentes níveis de atenção à saúde de determinada Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Objetivo:** Avaliar as informações contidas nas guias de encaminhamento dos pacientes referenciados da atenção primária da RAS do município de Rio do Sul (SC). **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal, em que as guias da RAS foram examinadas com base em um formulário contendo variáveis preestabelecidas. As informações coletadas receberam análise descritiva de frequências e foram representadas por n (frequência absoluta) e % (porcentagem). **Resultados:** Foram analisados 158 encaminhamentos. Dados demográficos estavam presentes em 158 (100%), queixa principal ou motivo da referência em 131 (82,9%), descrição da queixa principal ou do motivo da referência em 82 (51,9%), descrição dos sintomas associados em 21 (13,3%), história patológica pregressa em 61 (38,6%), lista de medicações atuais em 37 (23,4 %), alergias em dez (6,3%), achados de relevância clínica em 75 (47,5%), resultados da investigação prévia em 45 (28,5%), esboço de tratamento prévio em 42 (26,6%), diagnóstico provisório em 75 (47,5%) e declaração do que se espera do encaminhamento em 66 (41,8%). **Conclusões:** Revelou-se carência de informações nos encaminhamentos da RAS quando comparadas às de outros estudos, principalmente no que concerne a informações históricas do paciente, dados clínicos acerca do motivo do encaminhamento, diagnóstico provisório e declaração do que se espera do encaminhamento. No entanto, o incentivo à descrição dessas informações básicas pode ser uma medida inicial para a mudança da conjuntura atual.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Encaminhamento e consulta; Troca de informação em saúde.

#### Autor correspondente:

Eloyve Joaquim Ramos Junior  
E-mail: ejunior\_ramos@hotmail.com

#### Fonte de financiamento:

não se aplica

#### Parecer CEP:

nº 4.731.482 (CAAE 46295921.8.0000.5676).

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 09/02/2022.

Aprovado em: 10/07/2023.

**Como citar:** Ramos Junior EJ, Rocha FR. Avaliação das informações contidas nos encaminhamentos dos pacientes da atenção primária do município de Rio do Sul (SC). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3358. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3358](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3358)



## Abstract

**Introduction:** The referral process is one of the logistics systems currently in operation, and its function is to link the different levels of health care in a given health care network (HCN). **Objective:** To evaluate the information contained in the referral guides of patients referred from the primary care of the HCN in the Brazilian city of Rio de Sul (SC). **Methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted, where the HCN guides were examined from a form containing pre-established variables. The information collected was submitted to descriptive analysis of frequencies, which were represented by n (absolute frequency) and % (percentage). **Results:** A total of 158 referrals were analyzed, with demographic data being present in 158 (100%), main complaint or reason for referral in 131 (82.9%), description of the main complaint or reason for referral in 82 (51.9 %), description of associated symptoms in 21 (13.3%), past pathological history in 61 (38.6%), list of current medications in 37 (23.4%), allergies in 10 (6.3%), clinically relevant findings in 75 (47.5%), previous investigation results in 45 (28.5%), Prior treatment outline in 42 (26.6%), provisional diagnosis in 75 (47.5%) and declaration of what is expected of the referral in 66 (41.8%). **Conclusions:** There was a lack of information in HCN referrals when compared to other studies, especially concerning patient historical information, clinical data about the reason for the referral, provisional diagnosis, and declaration of what is expected of the referral. However, encouraging the description of this basic information can be an initial measure to change the current situation.

**Keywords:** Primary health care; Referral and consultation; Health information exchange.

## Resumen

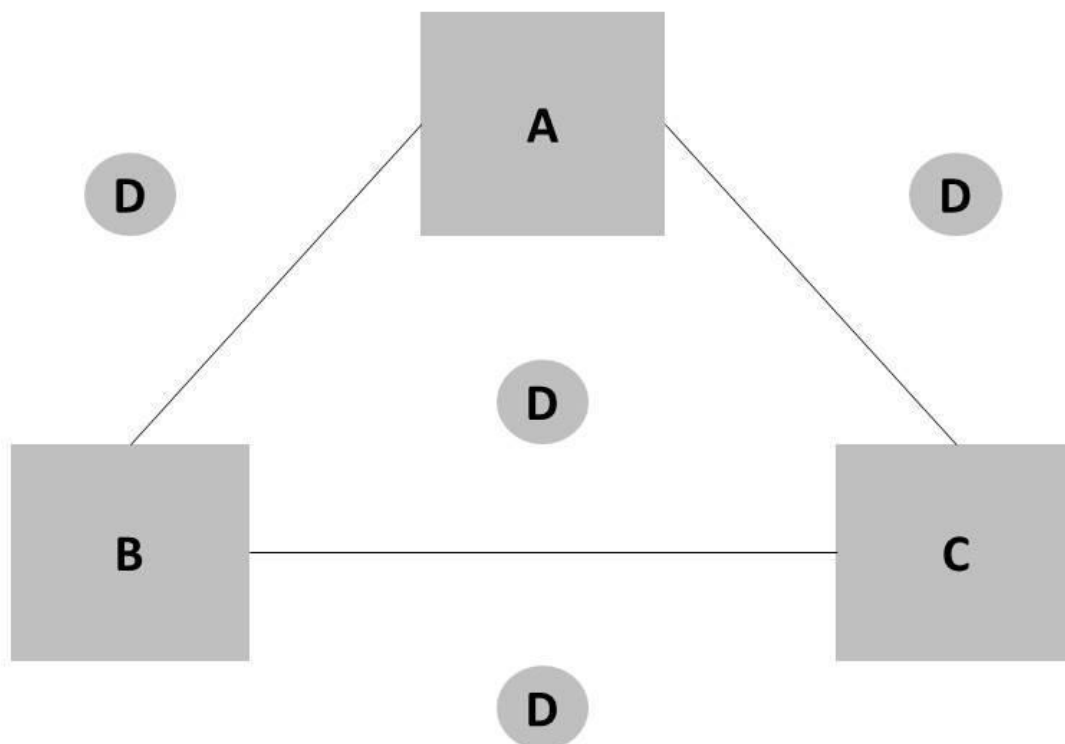
**Introducción:** El proceso de encaminamiento es uno de los sistemas logísticos actualmente en funcionamiento, y su función es vincular los diferentes niveles de atención en salud en una determinada Red de Atención a la Salud (RAS). **Objetivo:** Evaluar las informaciones contenidas en las guías de encaminamiento de pacientes derivados de la atención primaria de la RAS de la ciudad de Rio de Sul (SC). **Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal, donde se examinaron las guías de la RAS desde un formulario que contenía variables preestablecidas. La información recolectada recibió análisis descriptivo de frecuencias y fue representada por n (frecuencia absoluta) y % (porcentaje). **Resultados:** se analizaron 158 referencias, estando presente el dato demográfico en 158 (100%), queja principal o motivo de referencia en 131 (82,9%), descripción de la queja principal o motivo de referencia en 82 (51,9%), descripción de síntomas asociados en 21 (13,3%), antecedentes patológicos en 61 (38,6%), lista de medicamentos actuales en 37 (23,4%), alergias en 10 (6,3%), hallazgos clínicamente relevantes en 75 (47,5%), resultados de la investigación previa en 45 (28,5%), esquema de tratamiento preliminar en 42 (26,6%), diagnóstico provisional en 75 (47,5%) y declaración de lo que se espera del encaminamiento en 66 (41,8%). **Conclusiones:** Hubo falta de información en los encaminamientos de la RAS en comparación con otros estudios, especialmente en lo que se refiere a la información histórica del paciente, datos clínicos sobre el motivo del encaminamiento, diagnóstico provisional y declaración de lo que se espera del encaminamiento. Sin embargo, fomentar la descripción de estas informaciones básicas puede ser una medida inicial para cambiar la situación actual.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Derivación y consulta; Intercambio de información en salud.

## INTRODUÇÃO

A concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi feita pela primeira vez na Grã-Bretanha em 1920 pelo clássico Relatório Dawson, o qual propôs que os principais pontos formadores dessa malha eram a atenção primária como porta de entrada, a atenção secundária exercida por serviços ambulatoriais e a atenção terciária realizada em hospitais.<sup>1</sup> No Brasil, a Portaria 4.279/2010 definiu as diretrizes para a estruturação da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>2</sup> Esta estabelece que a organização deve ser articulada por meio da interação dos seus três componentes constitutivos — população, arcabouço operacional e sistema logístico —,<sup>3</sup> culminando no modelo esquemático representado na Figura 1.

Dessa forma, no tocante à interação desses componentes organizativos, quando um paciente necessita ser referenciado da atenção primária para a atenção secundária, ele tramita munido de um documento no qual constam informações acerca dos seus dados clínicos, popularmente chamado de encaminhamento, que deve ser de alta qualidade a fim de proporcionar boa comunicação.<sup>4</sup> Caso haja má interlocução entre as unidades de saúde — problema que pode decorrer da ilegibilidade, da falta de informações, de diferenças culturais e práticas entre provedores de saúde e de sistemas logísticos ineficazes<sup>5,6</sup> —, isso gerará prejuízos para os pacientes. Estes poderão ser submetidos, por exemplo, a perguntas, testes diagnósticos e tratamentos já realizados.<sup>7</sup> Haverá prejuízo também para os profissionais, que terão uma carga de trabalho adicional,<sup>8,9</sup> e para o sistema, uma vez que custeia essas ineficiências.<sup>10</sup>



Legenda: a letra “A” representa a atenção primária, a “B” atenção secundária, a “C” atenção terciária, a “D” população, e as linhas os sistemas logísticos.

Fonte: autores.

**Figura 1.** Representação esquemática de uma Rede de Atenção à Saúde.

Partindo do pressuposto, baseado na experiência dos autores na atuação secundária, de que a dificuldade no acesso a informações pertinentes dos pacientes (que deveriam estar nos encaminhamentos) influenciou negativamente na condução das consultas, e também de que a literatura tem escassos dados sobre a temática, os autores sentiram a necessidade de reconhecer esse problema no seu município, para assim dar luz a uma fragilidade que pode ocorrer em outras RAS. O tema é pouco discutido, mas possui impacto no manejo dos pacientes.

Assim sendo, esta pesquisa objetivou avaliar as informações contidas nos encaminhamentos dos pacientes referenciados da atenção primária da RAS do município de Rio de Sul (SC).

## MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Parecer nº 4.731.482, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), e possui como classificação geral a modalidade exploratória, do tipo aplicada e de campo, tendo objetivo descritivo e de abordagem quantitativa. Além disso, pela caracterização dos delineamentos dos estudos epidemiológicos, trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e transversal.

Primeiramente, por meio de entrevista com especialistas na atenção secundária e levando-se em conta o estudo “*Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine*”,<sup>4</sup> o qual elencou as informações básicas que um residente de Medicina de Família e Comunidade deveria relatar nos seus encaminhamentos, elaborou-se uma lista de informações que seriam avaliadas e que estão representadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Informações avaliadas nos encaminhamentos.

Dados demográficos
Queixa principal ou motivo de referência
Descrição da queixa principal ou do motivo da referência
Descrição dos sintomas associados
História patológica pregressa
Lista de medicações atuais
Alergias
Achados de relevância clínica
Resultados da investigação prévia
Esboço do tratamento prévio
Diagnóstico provisório
Declaração do que se espera do encaminhamento

Fonte: autores.

Por conseguinte, considerando-se que todos os encaminhamentos de especialidades que o município oferecia eram impressos ou manuscritos e posteriormente direcionados para um local de agendamentos de consultas de uma Policlínica de Referência Regional, um dos pesquisadores dirigiu-se a essa localidade e analisou individualmente cada encaminhamento.

Os critérios de inclusão foram:

1. terem como origem profissionais médicos das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Rio do Sul (SC);
2. terem como origem profissionais médicos que são preceptores do curso de Medicina da cidade em que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município;
3. serem referências para profissionais médicos e não médicos da atenção secundária; e
4. terem sido entregues no período de 1º de maio a 31 de julho do ano de 2021, no momento em que o pesquisador estava realizando a coleta.

Como critérios de exclusão:

1. terem como origem profissionais não médicos das equipes de ESF do município; e
2. documentos ilegíveis.

Nesta cidade em que foi realizada a pesquisa, não havia residentes ou outros profissionais médicos atuando nas USF além dos médicos das equipes de ESF e preceptores do curso de Medicina. Ficou estabelecido que o tamanho da amostra seria o total de encaminhamentos entregue no período da coleta de dados.

Por fim, os dados foram agrupados na plataforma Microsoft Excel 2010 e, depois, transferidos para serem analisados na plataforma Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA). As variáveis receberam análise descritiva de frequências e foram representadas por n e %.

## RESULTADOS

No período, houve 164 encaminhamentos, dos quais 158 atendiam aos critérios de inclusão, e seis foram excluídos por serem ilegíveis, além de não haver nenhum encaminhamento de profissionais não médicos das equipes de ESF do município. A frequência de cada variável presente nos encaminhamentos inclusos está representada na Tabela 1, e as duas informações que mais estiveram presentes foram

dados demográficos (100% dos encaminhamentos), seguidos da queixa principal ou motivo da referência (82,9% dos encaminhamentos). A variável que menos esteve presente foram alergias, que apareceu em apenas dez encaminhamentos, ou seja, 6,3%.

**Tabela 1.** Frequência das informações nos encaminhamentos.

Variáveis	n (%) (N=158)
Dados demográficos	158 (100)
Queixa principal ou motivo da referência	131 (82,9)
Descrição da queixa principal ou do motivo da referência	82 (51,9)
Descrição dos sintomas associados	21 (13,3)
História patológica pregressa	61 (38,6)
Lista de medicações atuais	37 (23,4)
Alergias	10 (6,3)
Achados de relevância clínica	75 (47,5)
Resultados da investigação prévia	45 (28,5)
Esboço de tratamento prévio	42 (26,6)
Diagnóstico provisório	75 (47,5)
Declaração do que se espera do encaminhamento	66 (41,8)

Legenda: Os dados estão expressos como frequência e porcentagem. n: tamanho da amostra; N: tamanho da população.  
Fonte: autores.

A maior parte dos encaminhamentos (62,6%) continha a descrição da queixa principal ou motivo da referência quando a primeira estava presente. Além disso, 88,0% dos encaminhamentos não possuíam dados demográficos, queixa principal ou motivo da referência, descrição da queixa principal ou do motivo da referência, diagnóstico provisório e declaração do que se espera do encaminhamento agrupados.

## DISCUSSÃO

A pesquisa mostra que os médicos da atenção primária da RAS estudada, na grande maioria das vezes, referenciam seus pacientes com informações de dados demográficos e queixa principal ou motivo da referência. Esses dados expõem o contraste com o estudo desenvolvido no Canadá por François,<sup>11</sup> em que os residentes em Medicina da Família auditaram suas próprias cartas de encaminhamento, e a única variável que não estava presente em 70% dos encaminhamentos, entre aquelas que este trabalho também analisou, era a informação sobre alergias. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de os médicos da RAS estudada verem o encaminhamento como um processo necessário para o paciente ser referenciado a um especialista, e não como um meio de comunicação para troca de informações, como os residentes de Medicina da Família canadenses.

Ademais, um painel de especialistas, médicos da atenção primária e pacientes, realizado por Stegmann et al.,<sup>12</sup> demonstrou que se espera que os médicos da atenção primária descrevam em seus encaminhamentos, entre outras informações, a história médica, medicações atuais, achados clínicos e dados da investigação prévia. No entanto, o presente estudo identificou uma grande lacuna na descrição desses itens, que dificilmente não seriam de conhecimento do médico da atenção primária, representando uma oportunidade perdida do compartilhamento de informações que poderiam alterar

a conduta na atenção secundária ou terciária, evitando, por exemplo, interações medicamentosas e exames repetidos. Essa incoerência entre o que se espera e o que é feito na RAS pesquisada pode ter parte da explicação ancorada na inexistência do processo de contrarreferência, ou seja, não há um diálogo na direção da atenção secundária para a atenção primária, impedindo a troca de informações de como melhorar os encaminhamentos.

Apesar disso, a pequena frequência de descrição das alergias (6,3% dos encaminhamentos) acompanha estudo realizado na Inglaterra,<sup>13</sup> em que, na cidade de Exeter, apenas 13% dos encaminhamentos possuíam descrição de alergias e, na cidade de Newcastle, apenas 12%. Isso revela um problema que acompanha não apenas a RAS estudada, haja vista que a não exposição dessa informação pode, por exemplo, precipitar a prescrição de medicações às quais o paciente possui atopia, gerando morbidade e até mesmo óbito.<sup>14</sup> A semelhança entre os dados encontrados pode se pautar no fato de que atualmente cada vez mais os médicos da atenção primária têm menos tempo dedicado à consulta de seus pacientes,<sup>15</sup> fazendo com que informações de importância não sejam questionadas, registradas em prontuários e conseqüentemente transmitidas aos seus colegas.

Viu-se, também, que menos da metade dos encaminhamentos continha diagnóstico provisório (47,5%) ou declaração do que se espera do encaminhamento (41,8%). Esses dados podem ter justificativas, mas estas precisam ser confirmadas por outras pesquisas — como pressão dos pacientes para ascender à atenção secundária, não oferecendo tempo para a investigação pelo médico generalista, incapacidade técnica em conduzir o caso clínico na atenção primária ou mesmo falta de dar a devida importância à descrição desses tópicos.

Partindo da identificação que a grande maioria (88,0%) dos encaminhamentos não continha em conjunto informações de dados demográficos, queixa principal, descrição da queixa principal, diagnóstico provisório e declaração do que se espera, consideradas essenciais pelos autores, pode-se estimular a descrição desses dados, principalmente da queixa principal, tendo em vista a associação positiva da queixa principal e sua descrição (quando a queixa principal estava presente, 62,6% dos encaminhamentos possuíam descrição). Dessa forma, com base nesse estímulo, a quantidade de informações transmitidas da atenção primária para a atenção secundária da RAS estudada e de outras como a mesma problemática tende a aumentar.

O estudo tem como limitação não ter avaliado encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária no subtipo tratamento fora do domicílio (TFD), pois estes eram direcionados para outro local e, por passarem por processo de regulação, continham mais informações de caráter obrigatório, o que poderia ter aumentado a frequência de algumas variáveis.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou escassez de informações nos encaminhamentos dos pacientes advindos da atenção primária da RAS do município de Rio do Sul (SC), quando comparadas com as de outras pesquisas, haja vista que não há conscientização da importância desse documento para a troca de informações, o que pode gerar reveses para os médicos, pacientes e a RAS. Assim, medidas iniciais podem ser tomadas para a reversão do quadro, como estímulo à descrição de informações básicas como dados demográficos, queixa principal, descrição da queixa principal, diagnóstico provisório e declaração do que se espera do encaminhamento.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

EJRJ: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. FRR: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

## REFERÊNCIAS

1. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920 [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana da Saúde; 1964 [acessado em 14 abr. 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1133/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União; 2010 [acessado em 27 abr. 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
4. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Can Fam Physician* 2011;57(5):574-5. PMID: 21642739
5. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015;69(11):1257-67. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
6. Integration of primary care and behavioral health. Report on a roundtable discussion of strategies for private health insurance [Internet]. Washington: Bazelon Center for Mental Health Law; 2005 [acessado em 20 maio 2021]. Disponível em: <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/RoundtableReport.pdf>
7. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res* 2007;7:133. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-133>
8. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res* 2012;39(4):445-61. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9288-9>
9. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. *Qual Prim Care* 2012;20(1):39-45. PMID: 22584366
10. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. *Arch Fam Med* 1995;4(5):403-9. <https://doi.org/10.1001/archfami.4.5.403>
11. François J. Improving family medicine residents' written communication using a self-assessment process. *Can Med Educ J* 2012;3(1):e64-8. PMID: 26451174
12. Stegmann ME, Homburg TM, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN, et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a Delphi consensus study. *Support Care Cancer* 2019;27(11):4199-205. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04712-5>
13. Campbell B, Vanslembroek K, Whitehead E, van de Wauwer C, Eifell R, Wyatt M, et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ* 2004;328(7447):1060-1. <https://doi.org/10.1136/bmj.38058.801968.47>
14. Fernando B, Morrison Z, Kalra D, Cresswell K, Sheikh A. Approaches to recording drug allergies in electronic health records: qualitative study. *PLoS One* 2014;9(4):e93047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093047>
15. Irving G, Neves A, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017;7(10):e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>