

Caroline Zimmermann

**AVALIAÇÃO DE UM ROTEIRO PARA A DESCRIÇÃO DE
LESÕES BUCAIS COMO APOIO À REFERÊNCIA E À
REGULAÇÃO EM ESTOMATOLOGIA**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre em Odontologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês
Meurer

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Liliane
Janete Grando

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Zimmermann, Caroline

AVALIAÇÃO DE UM ROTEIRO PARA A DESCRIÇÃO DE LESÕES
BUCAIS COMO APOIO À REFERÊNCIA E À REGULAÇÃO EM
ESTOMATOLOGIA / Caroline Zimmermann ; orientador, Maria
Inês Meurer ; coorientador, Liliane Janete Grando. -
Florianópolis, SC, 2015.

136 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Medicina Bucal. 3. Guia. 4.
Referência e Consulta. 5. Odontologia. I. Meurer, Maria
Inês. II. Grando, Liliane Janete. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Odontologia. IV. Título.

Caroline Zimmermann

**AVALIAÇÃO DE UM ROTEIRO PARA A DESCRIÇÃO DE
LESÕES BUCAIS COMO APOIO À REFERÊNCIA E À
REGULAÇÃO EM ESTOMATOLOGIA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Odontologia” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2015.

Prof.^a Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.^a
Coordenadora do PPGO

Banca Examinadora:

Prof. Cassius Carvalho Torres Pereira, Dr.
Membro Externo
Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr.^a
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Renata Goulart Castro, Dr.^a
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

A meus pais, pelo amor e apoio incondicionais, presença em todos os momentos e por serem meus exemplos. Muito de vocês faz parte de mim.

À Maninha, pelo constante aprendizado, por sua visão singular enquanto professora, e por ter se tornado uma pessoa especial durante a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida e saúde. Pela família a que me presenteou, especialmente meus pais e irmão, pois são a base da minha vida. Por pessoas que faz cruzar meu caminho e as que nele permanecem; tornam-se amigas ímpares, tornam-se minha grande família. Pelos obstáculos que coloca em meu caminho e oportunidades que sempre me oferece para solucioná-los. Pelo aprendizado contínuo. Por me permitir chegar até aqui. E pela vontade que me faz querer mais... e viver mais!

Aos meus pais, **Ângela** e **Cláudio**, pois sem eles nada disso seria possível. Vocês são minha fortaleza e meu tesouro mais precioso. Obrigada por serem essas pessoas maravilhosas, de caracteres exemplares, de coração imenso, que não medem esforços para ver a minha felicidade, que estiveram e estão sempre presentes em todos os momentos da minha vida. Vocês são um exemplo pra mim, e em quem sempre vou me espalhar para seguir os caminhos por onde a vida me levar... obrigada do fundo do coração! Eu amo muito vocês!

Ao meu irmão, **Márlon**, que acompanha meus passos desde pequena, que caminha ao meu lado, e sempre que preciso está pronto para me estender a mão. Mais do que irmãos, somos amigos e parceiros. Sempre fomos muito diferentes um do outro, mas isso foi essencial para o nosso crescimento – e acredito que seja até hoje! Irmão que motiva, torce, vibra, acredita, confia! Obrigada por seres quem és pra mim. E à **Graci**, minha cunhadinha, que entrou para a família há alguns anos e realmente faz parte dela. Dividimos muitas das angústias e felicidades de estudos, artigos, pós-graduação. Obrigada pela torcida de sempre. Amo muito vocês!

À Maninha (**Maria Inês Meurer**), professora singular e orientadora exemplar. Muito obrigada por todo o apoio, motivação, confiança, oportunidades, conversas, paciência. Obrigada pelo aprendizado contínuo, até nos momentos de “desespero”. Realmente só eu sei o quanto fizeste diferença na minha caminhada e o quanto tive a oportunidade de “crescer” ao teu lado. Te tornaste uma pessoa muito especial, amiga e mãe, a quem tenho muito carinho, respeito e admiração. Obrigada, também, por permitir que tua família se tornasse especial. Agradeço ao **Ricardo**, por todo o apoio, paciência, incentivo, amizade, conversas, oportunidades. Não tenho palavras pra agradecer tudo o que vocês fizeram e fazem por mim! E aos filhos, que se tornaram amigos (para a minha felicidade), **Luisa**, **Artur** e **Lucas**. Obrigada pela parceria, carinho, conversas, sorrisos. Vocês todos são muito especiais. Muito obrigada por tudo!

À Lili (**Liliane Grandó**), pelo exemplo, dedicação e comprometimento enquanto professora e Estomatologista. Pela seriedade e, ao mesmo tempo, descontração durante os atendimentos aos pacientes e aulas ministradas. O aprendizado diário ao teu lado torna-se mais fácil, simples e prazeroso. Obrigada, também, pela motivação, confiança, oportunidades, amizade e incontáveis risadas. É muito bom poder trabalhar e conviver contigo!

À Prof.^a Josi (**Josimari Telino de Lacerda**), por acompanhar e se dedicar a este trabalho desde o início. Obrigada pelas reuniões (que não foram poucas), por todo o aprendizado, dedicação, ajuda e apoio nesta pesquisa. Foste essencial para permitir que eu chegasse até aqui. Muito obrigada!

Aos professores **Inês Beatriz da Silva Rath, Filipe Ivan Daniel, Aira Maria Bonfim Santos, Elena Riet Correa Rivero, Alessandra Rodrigues de Camargo, Etiene de Andrade Munhoz, Filipe Modolo Siqueira, Rodrigo Otávio Alves de Lima, Rogério de Oliveira Gondak, Felipe Perozzo Daltoé, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Sônia Maria Lückmann Fabro**. Cada um de seu jeito e com sua experiência cumpriu – e cumpre, um papel fundamental no meu aprendizado. Obrigada pelos seus ensinamentos, dedicação e paciência.

Agradecimento especial à querida Vanica (**Vânia Regina Cardoso da Silva**), funcionária dedicada e exemplar. Obrigada pelo carinho, apoio e sorrisos de todos os dias; também pelos cafezinhos e docinhos, que certamente tornam o dia a dia na UFSC muito mais agradável.

Aos familiares, especialmente **tia Marise, vó Lourdes, vô Antônio, tia Neide, Marcos e Xande**, que estão sempre por perto e compartilhando da minha felicidade. Obrigada pelo carinho e apoio de sempre. Amo vocês!

À minha grande família. **Taise, Silmar, Neuza, Gilson, Tamires, João Gabriel, Isadora, Lene e Leco**. Obrigada pela convivência e momentos gostosos que passamos juntos. Pelas risadas, torcida, por todo amor e carinho. **Mariane de Almeida Alves, Ana Clara Loch Padilha, Laís Bison Francheschi, Carla da Silva Pereira, Luciana Goulart Medeiros, Willian, Wellington, Sueli e Ilmar Fernandes, Viviane Silva, Antônio Carlos Chiquetti e Juliana Demetri**. Todos vocês certamente fazem a minha vida ainda mais feliz!

Aos amigos e parceiros de caminhada, **Emanuelly da Silva Chrun, Jussara Maria Gonçalves, Bianca Carla Bianco, Kamile Leonardi Dutra, Karin Tomazeli, Mariana Comparotto Minamisako, Mariáh Luz Lisboa, Gabriel Louzeiro, Guilherme Henrique Ribeiro, Camila Savi, Gabrielle Branco Rauber, Bruna Salamoni Sinhori, Nara Muniz, Letícia Hass e Diogo Lenzi Capella**. Obrigada pela troca de experiências, por termos partilhado de momentos de angústia e felicidade e pela convivência prazerosa durante esses anos. Que nossa caminhada continue, independente do caminho que escolhermos, e nossos passos se cruzem constantemente para que possamos continuar aprendendo e crescendo juntos.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis e Biguaçu, especialmente à **Marynês Terezinha Reibtiz e Bruno Célio da Silva**, assim como aos cirurgiões-dentistas e alunos de Odontologia, que permitiram este estudo se tornar possível. À **Nilse Terezinha Rohden**, por nos instigar com o problema, e à **Mônica Netto**, por toda a ajuda durante o processo. Muito obrigada.

E ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, em especial à Prof.^a Dr.^a **Izabel Cristina Santos Almeida**, pela dedicação e competência na coordenação do Programa.

“Mantenham a mente aberta, assim como a capacidade de se preocupar com a humanidade e a consciência de fazer parte dela.”

(Dalai Lama)

RESUMO

A comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção à saúde é essencial para a troca de informações relativas ao cuidado a ser oferecido ao paciente, podendo acontecer de várias formas. Documentos de referência são interfaces comuns para orientar o trânsito de pacientes entre os níveis de atenção em saúde. A alta qualidade do conteúdo desses documentos permite avaliar a prioridade de cada atendimento solicitado, entre outras informações. No entanto, com frequência algumas informações essenciais são omitidas, o que potencialmente se reflete em atraso no agendamento de consultas e no tratamento dos pacientes. A falta de detalhamento na descrição de lesões bucais para referência em Estomatologia - e a consequente dificuldade de regulação de consultas via SUS na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina – motivou a elaboração de um roteiro de suporte ao processo de descrição, denominado roteiro do Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (AE/UFSC). Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da descrição de lesões bucais em três diferentes situações: (1) descrição livre, sem auxílio de material de apoio, (2) descrição suportada pelo formulário de exame físico publicado no Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MESB) e (3) descrição suportada pelo roteiro AE/UFSC. O total de 48 cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde e 64 acadêmicos de Odontologia procederam a descrição de duas lesões bucais (A e B). As descrições (n=672) foram analisadas por percentual de concordância com um padrão-ouro considerando: descrição completa e considerando apenas itens essenciais para definição de prioridade no encaminhamento. Foram utilizados os testes ANOVA e Tukey assumindo nível de significância de 95%. Para ambas as lesões o AE/UFSC mostrou oferecer maior suporte à descrição, comparado às descrições livres ($p<0,05$) e com o formulário do MESB ($p<0,05$). Na análise de inclusão dos itens essenciais para definição de prioridade, o AE/UFSC demonstrou melhor desempenho que os demais na descrição da lesão A ($p<0,05$). Para a lesão B, o desempenho do AE/UFSC foi similar à descrição livre ($p=0,263$) e superior ao formulário do MESB ($p<0,05$). Concluiu-se que a utilização do formulário do MESB não foi suficiente para melhorar as descrições de lesões bucais e que o roteiro AE/UFSC aumenta a qualidade da descrição de lesões bucais e agrega informações que tem o potencial de melhorar os documentos de referência aos serviços especializados em Estomatologia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Guia, Medicina Bucal, Referência e Consulta.

ABSTRACT

Communication between professionals from different health care levels is essential for exchange information about care offered to the patient and it occurs of many ways; however, referral letters are common interfaces and, in some situations, they become the sole way available. The high quality of these letters is essential part of proper care, and its contents - with at least the essential information - evaluate the priority for each patient. However, the contents of these letters often do not include the required information, and may cause delay in scheduling appointments, inappropriate care and delay in patient care. The lack of detail in oral lesion descriptions to refer to specialist services - and the consequent difficulty of regulatory consultations in Stomatology via SUS in the region of Florianopolis, Santa Catarina - was the starting point for this research. The study aimed to compare three description situations of oral lesions: (1) unsupported (free description), (2) supported by the form of the Guide of Specialties in Oral Health of the Ministry of Health (GSOH) and (3) with the guideline proposed by the Oral Medicine Service of the University Hospital at Federal University of Santa Catarina (AE/UFSC). Sixty-four students of Dentistry and 48 dentists described two images of oral lesions (A and B). Descriptions (n=672) were analyzed by percentage of agreement to a gold standard in two situations: complete description and description with inclusion of essential items for the priority setting. ANOVA and Tukey tests were used with 95% significance level. For both lesions, AE/UFSC showed provides increased support to the description compared to the free descriptions ($p<0.05$) and GSOH form ($p<0.05$). In the analysis of essential items for the priority setting, AE/UFSC demonstrated better performance than others in the lesion A ($p<0.05$), for lesion B similar performance to the free descriptions ($p=0.263$) and both outperformed GSOH form ($p<0.05$). It was concluded that the availability of GSOH form was not enough to improve the descriptions of oral lesions and that the proposed guideline has potential to qualify description of oral lesions and aggregates information that improve the performance of professionals in the referral process to specialized services.

Keywords: Primary Health Care, Secondary Care, Guideline, Oral Medicine, Referral and Consultation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Lesão A e B utilizada na pesquisa para descrição pelos participantes	32
Figura 2 – Roteiro AE/UFSC para descrição de lesões bucais.....	46
Figura 2 (continuação) – Figuras das lesões fundamentais, tipos de inserção e aspectos de superfície do roteiro AE/UFSC	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores da análise entre grupos (situações) nas descrições realizadas para a lesão A e B pelo teste de Tukey	49
Tabela 2 – Valores da análise entre grupos (situações) para os itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento para a lesão A e B pelo teste de Tukey.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU – Hospital Universitário

MESB – Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde

SISREG – Sistema de Regulação Informatizado

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

Sumário

1	INTRODUÇÃO	23
2	OBJETIVOS	27
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3	METODOLOGIA EXPANDIDA	29
4	ARTIGO	37
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	75
	APÊNDICE A – REVISÃO EXPANDIDA DA LITERATURA.....	77
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
	APÊNDICE C - ROTEIRO AE/UFSC.....	121
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DE LESÕES BUCAIS	123
	APÊNDICE E – GRÁFICOS DAS MEDIDAS DE CONCORDÂNCIA ENTRE GRUPOS PARA A LESÃO A E B.....	125
	APÊNDICE F – TABELAS COM RESULTADOS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS	127
	ANEXOS	131
	ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.....	133
	ANEXO B – SEQUÊNCIA DE EXAME FÍSICO INTRA E EXTRABUCAL DO MANUAL DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008A).	135

1 INTRODUÇÃO

Os conceitos de integralidade e continuidade do cuidado ao paciente carregam em si a ideia da interdependência entre os profissionais da saúde, envolvendo os contextos interdisciplinar e multiprofissional (PITERMAN; KORITSAS, 2005a). A comunicação entre os níveis de atenção à saúde é essencial nesse cenário, e pode acontecer de várias formas, como por contato telefônico, conversas informais e documentos de referência (SARDELLA et al., 2007; IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Os documentos de referência – e as respostas enviadas a eles (documentos de contrarreferência) – são interfaces importantes e bastante comuns para trocas de informações entre profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde (TATTERSALL et al., 2002; CAMPBELL et al., 2004; BERTA et al., 2008; CHETCUTI; FARRUGIA; CASSAR, 2009; SMITH; KHUTOANE, 2009; MOLONEY; STASSEN, 2010).

A alta qualidade dos documentos de referência é parte essencial do adequado cuidado a ser oferecido ao paciente, e seu conteúdo - com no mínimo as informações essenciais - permite avaliar a prioridade para cada atendimento (MOLONEY; STASSEN, 2010). No entanto, o conteúdo dos documentos de referência frequentemente não inclui as informações necessárias (WESTERMAN et al., 1990; SNOAD et al., 1999; GANDHI et al., 2000; NAVARRO; ONOFRE; SPOSTO, 2001; NAVARRO et al., 2002; TATTERSALL et al., 2002; GROL et al., 2003; WHITE et al., 2004; BERENDSEN et al., 2009; CASSAR, 2009; ARIGBEDE; DOSUMU, 2010; CHETCUTI; FARRUGIA; DEANGELIS; CHAMBERS; HALL, 2010; FERREIRA et al., 2010; MOLONEY; STASSEN, 2010; IBIYEMI; IBIYEMI, 2012), podendo resultar em agendamento (priorização) inadequado (WHITE et al., 2004; JIWA et al., 2009; MOLONEY; STASSEN, 2010), repetição desnecessária de investigações diagnósticas (exames) (TATTERSALL et al., 2002) e, em última instância, em cuidado inadequado e atraso no tratamento do paciente (BERTA et al., 2008; IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Além disso, a própria relação interpessoal entre os profissionais tem sido classificada como insuficiente, havendo pouca integração entre os serviços (GROL et al., 2003; FARUP et al., 2011; MEHROTRA; FORREST; LIN, 2011).

No Brasil, os complexos reguladores foram instituídos para atuar na regulação do acesso, tendo como objetivo a articulação e integração de centrais de atenção a consultas e serviços especializados, internações, sistemas de apoio terapêutico e ao diagnóstico, de acordo com protocolos de atenção à saúde. Neste modelo, a regulação do acesso

inicia-se com uma solicitação, através de um *software* eletrônico, de um serviço demandante à central de regulação. O profissional regulador, então, checa as evidências clínicas da solicitação e faz o encaminhamento do usuário a um serviço adequado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Ferreira et al. (2010), ao avaliarem aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador na organização do Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto – São Paulo, observaram que o problema mais prejudicial para a ação regulatória de consultas médicas foi o dado clínico incompleto. Os autores avaliaram que uma boa descrição clínica facilitava o trabalho dos reguladores, além de permitir a identificação, nos encaminhamentos, de casos que não necessitariam ser efetivamente referenciados, podendo certas demandas serem resolvidas na atenção primária.

Da mesma forma, e no contexto da Odontologia, para a regulação de consultas em Estomatologia a descrição detalhada das características clínicas da lesão (eventualmente associada a outras informações referentes à anamnese) é fundamental para que possa ser determinada a prioridade de atendimento do paciente.

No Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, Santa Catarina, funciona um serviço de atendimento a pacientes portadores de lesões bucais, denominado Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (AE/HU/UFSC). Este serviço atendeu pacientes por livre demanda desde sua criação (em 1997) até 2010, quando foi incluído formalmente na RAS-SC (Redes de Atenção à Saúde), passando a receber pacientes encaminhados via Sistema de Regulação. A regulação de pacientes, neste caso, ocorre através de um sistema *online* denominado SISREG, disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento do complexo regulatório do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (DATASUS, 2012).

No processo de adaptação ao encaminhamento de pacientes via SISREG, os profissionais do AE/HU/UFSC foram chamados a auxiliar a Central de Regulação com orientações para a determinação das prioridades de consultas, já que o regulador reportou dificuldades em efetuar a priorização dos atendimentos via SUS na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Neste momento, e por meio do acesso aos documentos de referência enviadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi verificado que a principal dificuldade do regulador decorria do fato da maioria das referências não fornecerem o detalhamento necessário para a regulação em Estomatologia.

Buscando qualificar as descrições nas referências efetuadas pelos cirurgiões-dentistas, foi idealizado um roteiro para suporte ao processo de descrição. Considerando essencial avaliar a adequação do roteiro desenvolvido antes de integrá-lo às práticas clínicas dos profissionais da rede, uma primeira etapa da pesquisa avaliou o roteiro sob o ponto de vista da autopercepção dos participantes (NASCIMENTO, 2012; ZIMMERMANN et al., 2012). Tendo sido alcançados resultados bastante positivos nessa primeira etapa, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de comparar três situações de descrição de lesões bucais: (1) sem auxílio de material de apoio (descrição livre), (2) com auxílio do formulário de exame físico publicado no Manual de Especialidades de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MESB) (BRASIL, 2008a) e (3) com auxílio do roteiro idealizado especificamente para esta finalidade, analisando-se a qualidade das descrições em relação a um padrão-ouro.

Cumprindo as normativas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, inicialmente será apresentada a metodologia expandida, seguida do artigo que será submetido para publicação. Adicionalmente, incluiu-se uma revisão expandida da literatura (APÊNDICE A), com o objetivo de oferecer ao leitor a possibilidade de melhor contextualizar o tema do estudo; esta revisão de literatura abordará a importância da comunicação na integração dos serviços de saúde no cenário mundial e nacional, além de uma breve revisão sobre os modelos de Atenção à Saúde, o fluxo e a Regulação dos usuários no Sistema Único de Saúde do Brasil. Considerando a impossibilidade de apresentar no artigo todos os dados que suportam o estudo, os mesmos foram incluídos na seção de Apêndices.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a desempenho do roteiro utilizado no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da UFSC (AE/UFSC) enquanto instrumento de apoio para a descrição de lesões bucais visando a referência a serviços odontológicos especializados.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar a qualidade das descrições efetuadas com e sem o auxílio de instrumentos de apoio.
- Comparar a qualidade das descrições efetuadas com apoio de dois instrumentos: o roteiro AE/UFSC e o formulário de exame físico publicado no Manual de Especialidades de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MESB).
- Verificar em que medida as descrições efetuadas sem e com auxílio de instrumentos de apoio suportariam a determinação de prioridades de atendimento, considerando a inclusão ou não de informações essenciais.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

Aspectos legais e éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 2172 (ANEXO A), bem como pelos representantes legais das Prefeituras Municipais de Florianópolis e Biguaçu.

Delineamento

Pesquisa transversal, de natureza descritiva e analítica, com coleta e análise dos dados de caráter quantitativo.

População e amostra

A população foi composta de acadêmicos de Odontologia e Cirurgiões-Dentistas da Macrorregião que referencia pacientes para o AE/UFSC. Na amostragem intencional foram incluídos acadêmicos do último ano do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC (n = 64) e cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Florianópolis e Biguaçu (n = 48) que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Métodos

Os procedimentos para a realização da pesquisa foram divididos de acordo com as fases descritas abaixo:

Fase I: Elaboração do roteiro

O roteiro AE/UFSC (APÊNDICE D), já utilizado nos trabalhos de Nascimento (2012) e Zimmermann et al. (2012), foi elaborado com base em literatura da área de Estomatologia e na experiência didática e clínica dos envolvidos neste estudo. Os itens para a descrição de lesões contemplados no roteiro foram: (i) identificação da lesão (lesões fundamentais mais comuns), (ii) localização, (iii) características clínicas, (iv) comentários adicionais, (v) hábitos e (vi) tratamentos prévios. Além da sequência de itens descritivos, optou-se por acrescentar figuras ilustrativas de: (i) lesões fundamentais, (ii) tipos de inserção e (iii) características superficiais mais comuns encontrados em lesões bucais.

Fase II: Procedimentos utilizados para a descrição das lesões

Os procedimentos foram aplicados em quatro momentos distintos, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Por questão de conveniência, os acadêmicos foram divididos em dois grupos (9^a e 10^a fases). No caso dos cirurgiões-dentistas, a sequência de descrições ocorreu durante reuniões administrativas nas Secretarias Municipais de Saúde de Florianópolis e Biguaçu, quando os profissionais se reúnem periodicamente. Devido ao longo tempo estimado para a realização dos procedimentos (aproximadamente 40 minutos), somente duas imagens de lesões bucais (com características clínicas e dificuldade descritiva diferentes) foram selecionadas.

Aos participantes foi solicitado que procedessem a descrição das duas lesões bucais, cujas imagens foram projetadas utilizando-se projetor multimídia (Epson EMP-S4 LCD Projector, Seiko Epson Corporation), de modo a permitir que todos os participantes visualizassem e descrevessem as lesões simultaneamente. As duas imagens (Figuras 1 e 2) faziam parte do acervo didático da disciplina de Patologia Bucal da UFSC, estando vinculadas a pacientes que permitiram a sua utilização.

Os participantes tiveram, no máximo, cinco minutos para cada descrição. A opção por definir um determinado período de tempo foi tomada considerando que o tempo disponível nas UBS para a referência de pacientes também é geralmente exíguo. O tempo foi controlado, sendo informado aos participantes o horário de início e término de cada descrição. Não foi permitido aos participantes trocarem informações durante os procedimentos de descrição.

As duas lesões foram, então, descritas em três situações sequenciais, a saber:

- Situação 1 (S1): descrição livre, sem auxílio de qualquer instrumento ou referencial bibliográfico de apoio;
- Situação 2 (S2): descrição suportada pela proposta de sequência de exame clínico intra e extrabucal publicada no Manual de Especialidades de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), que será citado a partir deste momento como formulário do MESB (ANEXO B),
- Situação 3 (S3): descrição suportada pelo roteiro AE/UFSC.

As ordem da sequência acima descrita considerou o volume crescente de informações fornecidas para a elaboração das descrições. A hipótese de acúmulo de conhecimento devido à apresentação da mesma lesão nas três situações da pesquisa foi descartada, tendo em vista que a descrição subsequente de uma mesma lesão por um mesmo indivíduo

não tenderia a sofrer modificações senão com o auxílio de diferentes instrumentos de apoio.

A inclusão de um segundo instrumento de apoio, além do roteiro em avaliação, teve por objetivo permitir a comparação com instrumentos já existentes. O formulário do MESB, apesar de não ter sido desenvolvido para apoiar o processo referência de pacientes, e sim para coleta de informações na admissão dos mesmos na atenção secundária, foi o único instrumento localizado pelas autoras na literatura brasileira que ofereceu essa possibilidade. Portanto, na ausência de outro instrumento de apoio à descrição de lesões bucais, simulou-se a sua utilização para fins comparativos com o roteiro desenvolvido.

Os formulários para as descrições utilizados pelos participantes (APÊNDICE E) tiveram a mesma estrutura para ambas as lesões e nas três situações da pesquisa. Na S1, o formulário 1 foi entregue aos participantes e recolhido assim que os mesmos encerraram o seu preenchimento ou o tempo determinado (5 minutos) se esgotou. Na sequência, o formulário 2 (referente à S2) foi distribuído, juntamente com o formulário do MESB; ambos foram recolhidos após a conclusão da descrição ou finalização do tempo determinado. Por fim, o formulário 3 (referente à S3) foi distribuído, juntamente com o roteiro AE/UFSC, sendo ambos recolhidos após a conclusão da descrição ou finalização do tempo determinado.

Em cada uma das três situações, os participantes foram orientados a deixar registradas, em locais específicos para este fim, perguntas de anamnese que julgassem relevantes para uma lesão com as mesmas características daquelas apresentadas.

Fase III: Análise comparativa das descrições realizadas

Elaboração de uma descrição “padrão-ouro”

Para cada lesão apresentada, foi elaborada uma descrição – considerada padrão-ouro - por três professores doutores em Estomatologia e com experiência clínica na área de no mínimo dez anos. Foi solicitado ao grupo que fossem incluídos apenas os itens descritivos considerados imprescindíveis (palavras-chave) para o processo de regulação – incluindo eventuais perguntas relativas à anamnese. Os itens descritivos de cada padrão-ouro constam do Quadro 1.

Figura 1: Primeira lesão descrita pelos participantes nas três situações da pesquisa.



FONTE: Acervo da disciplina de Patologia Bucal/UFSC.

Figura 2: Segunda lesão descrita pelos participantes nas três situações da pesquisa.



FONTE: Acervo da disciplina de Patologia Bucal/UFSC.

Quadro 1: Itens das descrições padrão-ouro para as lesões A e B.

ITENS NECESSÁRIOS	LESÃO A (Figura 1)	LESÃO B (Figura 2)
Lesão fundamental	Placa	Tumor/nódulo
Observação adicional da região da lesão	Não removível à raspagem	Úlcera central de aproximadamente 0,5cm de diâmetro
Localização	Estrutura afetada	Palato duro/mole
	Lado afetado	Lado esquerdo/dos dentes 23 ao 27
Características	Cor	Semelhante à da mucosa adjacente
	Superfície	Superfície irregular
	Tamanho aprox...	3,0 x 1,0 cm
	Palpação	Consistência
	Inserção	---
Hábitos	Tempo de evolução	Tempo de evolução
	Dor	Sintomatologia
Hábitos	Tabagismo	História de tabagismo
	Etilismo	História de etilismo

Procedimentos para a análise comparativa

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007®. Todos os itens das descrições foram comparados aos itens descritos no padrão ouro para cada uma das lesões, atribuindo-se o escore 1 para as concordâncias. Ao final, somaram-se os escores, correspondendo ao valor máximo de 12 acertos para a lesão A e de 11 acertos para a lesão B.

Na análise das descrições, foram aceitas algumas palavras utilizadas pelos participantes como sinônimos dos itens indicados no padrão-ouro, desde que o sinônimo utilizado permitisse ao regulador receber a informação correta em questão.

Para a lesão A, estas palavras foram:

- Como sinônimo de *branca*: hiperqueratinizada;
- Como sinônimos de *ventre/bordo de língua*: lateral de língua, inferior da língua ou sublingual;
- *Lado direito*: foi também considerado o lado esquerdo, ou seja, indicando que a lesão era unilateral;
- Como sinônimo para *superfície irregular*: superfície rugosa, corrugada ou verrucosa;
- *Tamanho em centímetros*: considerou-se também os termos e expressões extensa, ampla, grande, “mais da metade do ventre lingual”, “abrangendo quase totalmente a lateral da língua”, “compreendendo praticamente todo o lado direito da língua” e “80% da lateral da língua”;
- *Não removível à raspagem*: não descamável, ou ainda, se descreveu que saía a raspagem (neste último caso, por se tratar de projeção de uma imagem, não seria possível realizar a manobra clínica – entretanto, o participante lembrou da importância de se realizar tal manobra de semiotécnica, que se fosse efetivamente realizada certamente forneceria a informação desejada);
- Tabagismo ou etilismo citados como hábitos do paciente (ao invés de incluídos enquanto perguntas de anamnese – mesmo motivo citado acima).

Para a lesão B, as palavras consideradas sinônimos foram:

- *Tumor/nódulo*: tumefação, aumento de volume e lesão volumosa;
- *Base séssil*: lesão não pediculada;
- *Lado esquerdo, do elemento 23 ao 27*: próximo ao 27 (desde que acompanhada de informação correta de tamanho);

- *Coloração semelhante à da mucosa*: esbranquiçada, um pouco mais esbranquiçada, esbranquiçada com área eritematosa ou avermelhada na região posterior;
- *Superfície lisa*: mucosa lisa;
- *Úlcera*: área de ulceração;
- *Tamanho em centímetros, do 23 ao 27*: extensa, ampla, grande, “ocupando praticamente todo o lado/hemiarco esquerdo”, “aumento de volume significativo”;
- *Sintomatologia*: sensibilidade, dor à palpação.

Tendo em vista a importância de algumas características da lesão e/ou do paciente nas descrições para definição de prioridade no processo regulatório, nesta pesquisa, para ambas as lesões, estes itens foram analisados separadamente. Para a lesão A, os itens considerados essenciais para definição de prioridade foram: (i) lesão fundamental: placa; (ii) característica (cor): branca; (iii) observação adicional: não removível à raspagem; (iv) localização (estrutura afetada): bordo/ventre de língua; e (v) hábitos (fumo): tabagismo. Para a lesão B foram: (i) lesão fundamental: tumor/nódulo; (ii) localização (estrutura afetada): palato; (iii) característica: tempo de evolução; e (iv) característica (dor): sintomatologia. Optou-se por realizar esta análise apenas em relação à descrição livre e o instrumento que apresentou melhor desempenho no apoio à descrição completa das lesões apresentadas.

Análise estatística

Para análise da qualidade das descrições, os escores foram transformados em percentual de concordância e os dados analisados no programa SPSS versão 17.0, assumindo nível de significância de 95%.

Para a distribuição normal do conjunto, utilizou-se o teste de variância (ANOVA), analisando se houve diferença entre as médias e se os instrumentos de apoio à descrição (formulário do MESB e roteiro AE/UFSC) exerceram influência nas variáveis dependentes. Na amostra não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis foi realizado, onde se confirmou a diferença entre os grupos. Para análise entre os grupos, o teste de Tukey foi utilizado. Todos os gráficos e tabelas com seus respectivos resultados encontram-se nos Apêndices E e F.

4 ARTIGO

Análise comparativa de descrições de lesões bucais para fins de regulação em Estomatologia.

Comparative analysis of descriptions of oral lesions for patients' referral to Oral Medicine specialized care

Análisis comparativo de las descripciones de las lesiones orales para derivación de los pacientes a la atención especializada en Estomatología

*Caroline Zimmermann*¹

*Maria Inês Meurer*²

*Josimari Telino de Lacerda*³

*Liliane Janete Grando*²

*Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello*⁴

1 Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina

2 Departamento de Patologia, Ambulatório de Estomatologia - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina

3 Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina

4 Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina

Correspondência

Maria Inês Meurer

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Patologia, Campus Universitário

Telefone: +55 48 3721 9473

meurer.m.i@ufsc.br

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se comparar três situações de descrição de lesões bucais para fins de regulação de consultas em Estomatologia: (1) sem material de apoio (descrição livre), (2) com o formulário de exame físico do Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde (formulário do MESB) e (3) e com o roteiro utilizado no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (AE/UFSC). Duas imagens de lesões bucais foram descritas por 64 acadêmicos de Odontologia e 48 cirurgiões-dentistas. As descrições (n=672) foram analisadas por percentual de concordância com um padrão-ouro, e pelos testes de ANOVA e Tukey ($p < 0,05$). O AE/UFSC mostrou dar maior apoio às descrições das lesões quando comparado às descrições livres e com o formulário do MESB. Considerando informações essenciais à definição de prioridade para a regulação de consultas, os resultados para a lesão A foram semelhantes, com o AE/UFSC demonstrando melhor desempenho; para a lesão B, as descrições livres e com o AE/UFSC foram superiores àquelas com o formulário do MESB, não havendo diferença entre as descrições livres e com o AE/UFSC ($p = 0,263$). Concluiu-se que as descrições com o uso do AE/UFSC, de forma geral, mostraram resultados superiores às descrições livres e com apoio do formulário do MESB.

Palavras- chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Guia, Medicina Bucal e Referência e Consulta.

ABSTRACT

This study aimed to compare three description situations of oral lesion for regulatory process in Stomatology: (1) unsupported (free description), (2) with the form of the Guide of Specialties in Oral Health of the Ministry of Health (GSOH) and (3) with the guideline proposed by the Oral Medicine Service of the University Hospital at Federal University of Santa Catarina (AE/UFSC). Sixty-four students of Dentistry and 48 dentists described two images of oral lesions. The descriptions (n=672) were analyzed by percentage of agreement to a gold standard, and ANOVA and Tukey tests ($p < 0.05$). The AE/UFSC showed increased support for descriptions when compared to the free

descriptions and GSOH form. Whereas the essential information for the priority setting considering the referral process, the results were similar in the lesion A, with AE/UFSC demonstrating better performance; in the lesion B, the free descriptions and AE/UFSC were better than those with GSOH form, with no difference between the free descriptions and AE/UFSC ($p=0.263$). It was concluded that the descriptions using the AE/UFSC, in general, showed better outcomes than the free descriptions and with support of GSOH form.

Keywords: Primary Health Care, Secondary Care, Guideline, Oral Medicine, Referral and Consultation.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comparar tres situaciones de descripción de lesiones orales para la regulación de consultas en Estomatología: (1) sin material de apoyo (descripción libre), (2) con el formulario del Manual de Especialidades en Salud Oral del Ministerio de Salud (MESO) y (3) con el guía usado por el Servicio de Estomatología del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina (AE/UFSC). Dos imágenes de lesiones orales fueron descritas por 64 estudiantes de Odontología y 48 dentistas. Las descripciones ($n=672$) fueron analizadas por porcentaje de acuerdo con un estándar de oro, y por ANOVA y test de Tukey ($p<0.05$). El AE/UFSC mostró proporcionar un mejor apoyo a las descripciones de las lesiones en comparación con las descripciones libres y con el formulario MESO. Considerando la información esencial para el establecimiento de prioridades para la derivación a la atención especializada, los resultados para la lesión A fueron similares, con el AE/UFSC demostrando un mejor rendimiento; para la lesión B, las descripciones libres y con el AE/UFSC fueron mejores que con formulario MESO, sin diferencias entre las descripciones libres y con el AE/UFSC ($p=0,263$). Se concluyó que las descripciones con el uso de AE/UFSC, en general, fueron superiores a las descripciones libres y con formulario MESO.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud, Atención Secundaria de Salud, Guía, Medicina Oral, Remisión y Consulta.

Introdução

No contexto da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento especializado na área da Estomatologia é realizado via encaminhamento de usuários aos níveis secundários e terciários por meio de mecanismos de referência. Este trânsito, que deve ser coordenado pela atenção primária, é considerado fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade ¹. A atenção integral, um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, depende da articulação entre os serviços odontológicos prestados em todos os níveis de atenção à saúde para que seja concretizada ².

A garantia da integralidade da assistência e da continuidade do cuidado também está relacionada ao conceito de interdependência entre os profissionais da saúde, envolvendo os contextos interdisciplinar e multiprofissional ³.

Documentos de referência são mecanismos importantes e bastante comuns para trocas de informações entre profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde ⁴⁻¹⁰. A qualidade destes documentos é parte essencial do adequado cuidado a ser oferecido, visto que seu conteúdo permite avaliar a prioridade que deve ser dada ao paciente ⁹.

Entretanto, a falta de detalhamento na descrição de lesões bucais vem gerando dificuldades para a regulação de consultas em Estomatologia ^{9,11,12}. Esta situação também foi constatada na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina ¹³, onde a regulação é realizada *online* pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Neste último caso, descrições consideradas insuficientes pelo regulador tornam-se pendentes no sistema e a atenção primária deve solicitar, ao profissional que realizou o encaminhamento, a resolução da pendência com uma nova justificativa para o encaminhamento do paciente ¹⁴.

Vários estudos apontam estratégias destinadas a melhorar o conteúdo dos documentos de referência nas diversas áreas da saúde. Entre essas estratégias estão a disponibilidade de instrumentos de apoio ¹⁵⁻²², o investimento na formação e no treinamento dos profissionais ^{15,21-23}, e a utilização de referências eletrônicas ^{7,24,25}.

Poucos estudos avaliaram a qualidade de documentos de referência no âmbito específico da Estomatologia ^{9,11,12,17,20,23}. Portanto, com o intuito de aprimorar o conteúdo dos documentos de referência elaboradas por cirurgiões dentistas, na área de Estomatologia, a equipe do Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (AE/HU/UFSC) idealizou um roteiro para suporte ao processo de descrição, denominado de roteiro

AE/UFSC. Considerando relevante verificar a adequação do roteiro AE/UFSC antes de integrá-lo às práticas clínicas destes profissionais, o seu uso foi avaliado inicialmente sob o ponto de vista da percepção de cirurgiões dentistas atuantes na atenção primária no SUS e acadêmicos do último ano do Curso de Graduação em Odontologia ^{26,27}.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos: (1) comparar três situações de descrição de lesões bucais, em relação a sua qualidade, para fins de regulação de consultas em Estomatologia, e (2) avaliar o potencial do roteiro AE/UFSC como apoio ao processo de referência em Estomatologia.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e analítica, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo número 2172, de 17 de outubro de 2011.

A amostra intencional foi composta por acadêmicos do último ano do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e cirurgiões-dentistas vinculados à atenção primária dos municípios de Florianópolis e Biguaçu, no estado de Santa Catarina.

Aos participantes foi solicitado que procedessem a descrição de duas lesões bucais, cujas imagens foram projetadas utilizando-se projetor multimídia (Epson LCD Projector Model: EMP-S4), de modo a permitir que todos visualizassem e descrevessem as lesões simultaneamente. Optou-se por apresentar duas imagens de lesões bucais (A e B) com características clínicas e dificuldade descritiva diferentes. Foi determinado o tempo máximo de cinco minutos para cada descrição.

Cada lesão foi descrita em três situações, a saber:

- Situação 1 (S1): descrição livre, sem auxílio de qualquer instrumento de apoio;
- Situação 2 (S2): descrição suportada pelo formulário de exame físico intra e extra bucal publicado no Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde ²⁸, denominado doravante de “formulário do MESB”;
- Situação 3 (S3): descrição suportada pelo roteiro AE/UFSC.

Estimou-se que o acúmulo de conhecimento devido à apresentação da mesma lesão nas três situações da pesquisa teria pouca

influência, tendo em vista que a descrição subsequente de uma mesma lesão por um mesmo indivíduo não sofreria modificações senão com o auxílio de diferentes instrumentos de apoio.

Estes procedimentos foram aplicados em quatro momentos distintos, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Por questão de conveniência, os acadêmicos foram divididos em dois grupos (9^a e 10^a fases). No caso dos cirurgiões-dentistas, a sequência de descrições ocorreu durante reuniões administrativas nas Secretarias Municipais de Saúde de Florianópolis e Biguaçu, quando os profissionais se reúnem periodicamente.

Os formulários para as descrições utilizados pelos participantes tiveram a mesma estrutura para ambas as lesões e nas três situações da pesquisa. Na S1, o formulário 1 foi entregue aos participantes e recolhido assim que os mesmos encerraram o seu preenchimento ou o tempo determinado (5 minutos) se esgotou. Na sequência, o formulário 2 (referente à S2) foi distribuído, juntamente com o formulário do MESB; ambos foram recolhidos após a conclusão da descrição ou finalização do tempo determinado. Por fim, o formulário 3 (referente à S3) foi distribuído, juntamente com o roteiro AE/UFSC, sendo ambos recolhidos após a conclusão da descrição ou finalização do tempo determinado.

Em cada uma das três situações, os participantes puderam deixar registradas, em locais específicos para este fim, perguntas de anamnese que julgassem relevantes para a lesão apresentada, com uma lesão com as mesmas características.

A inclusão de um segundo instrumento de apoio, além do roteiro AE/UFSC, teve por objetivo permitir a comparação com instrumentos já existentes. O formulário do MESB, apesar de não ter sido desenvolvido para apoiar o processo referência de pacientes, e sim para coleta de informações na admissão dos mesmos na atenção secundária, foi o único instrumento localizado na literatura brasileira que ofereceu essa possibilidade. Portanto, na ausência de outro instrumento de apoio à descrição de lesões bucais, simulou-se a sua utilização para fins comparativos com o roteiro desenvolvido.

O formulário do MESB é composto pelos seguintes itens, seguidos por espaços em branco para preenchimento: localização, tamanho, coloração, forma, inserção, consistência, mobilidade, sinais secundários, fator etiológico, linfonodos associados, outras lesões e diagnóstico clínico. Os itens contemplados no roteiro AE/UFSC para descrição de lesões bucais foram: lesão fundamental, localização e características da lesão, observações adicionais da região da lesão (se

pertinente), hábitos dos pacientes e tratamentos já realizados. Além disso, o roteiro AE/UFSC apresentou opções de descritores para cada um dos 6 itens pontuados no roteiro e incluiu figuras ilustrativas como suporte aos descritores das lesões fundamentais, tipos de inserção e aspectos de superfície.

As descrições efetuadas pelos participantes foram então comparadas a descrições padrões-ouro (Quadro 1), elaboradas por três professores doutores em Estomatologia e com experiência clínica na área de no mínimo dez anos. Foram incluídos nos padrões-ouro apenas os itens descritivos considerados necessários (palavras-chave) para o processo de regulação – incluindo eventuais perguntas relativas à anamnese.

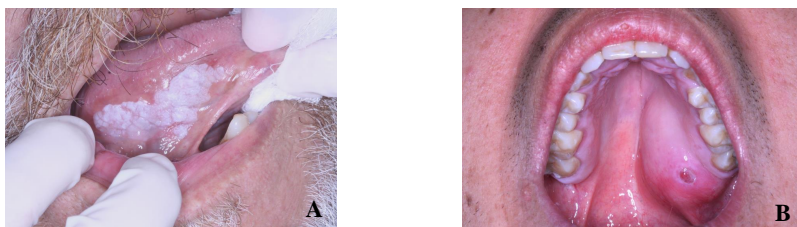


Figura 1: Lesões descritas pelos participantes nas três etapas da pesquisa. Lesão A: leucoplasia. Lesão B: tumor benigno de glândula salivar. FONTE: Acervo da disciplina de Patologia Bucal/UFSC

Foi atribuído o escore 1 para as concordâncias. Ao final, somaram-se os escores, correspondendo ao valor máximo de 12 acertos para a lesão A e de 11 acertos para a lesão B. Alguns sinônimos dos itens indicados no padrão-ouro foram considerados, desde que permitissem ao regulador receber a informação considerada essencial.

Também foram comparadas as descrições segundo características da lesão e/ou paciente consideradas prioritárias para a regulação. Optou-se por realizar esta comparação apenas em relação à descrição livre e o instrumento que apresentasse melhor desempenho como apoio à descrição completa das lesões apresentadas. Para a lesão A, os itens considerados essenciais para definição de prioridade foram: lesão fundamental: placa; característica (cor): branca; observação adicional: não removível à raspagem; localização (estrutura afetada): bordo/ventre de língua. Para a lesão B, os itens foram: lesão fundamental: tumor/nódulo; característica (estrutura afetada): palato.

A qualidade das descrições foi analisada pelo percentual de concordância dos escores em cada lesão. Para a análise estatística, os

dados foram descritos e os testes ANOVA, Kruskal-Wallis e de Tukey foram utilizados assumindo nível de significância de 95%.

Resultados

Participaram da pesquisa 64 acadêmicos do último ano do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e 48 cirurgiões-dentistas da rede de Atenção Básica de dois municípios catarinenses (n=112), totalizando 336 descrições para cada lesão apresentada.

Para a lesão A, a média de concordância nas descrições livres, com suporte do formulário do MESB e com suporte do roteiro AE/UFSC foi de 52,0%, 54,2% e 73,4%, respectivamente. A análise de variância mostrou diferença estatisticamente significativa entre as três situações da pesquisa. Na Tabela 1, observam-se os resultados da análise entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa para as descrições livres e com o formulário do MESB (S1 e S2, respectivamente) ($p = 0,573$). O roteiro AE/UFSC (S3) mostrou dar maior apoio às descrições das lesões, com diferença estatisticamente significativa quando comparadas às descrições livres ($p < 0,05$) e com o formulário do MESB ($p < 0,05$). Não foi observada diferença nos acertos entre acadêmicos e profissionais nas três situações de descrição ($p > 0,05$).

Para a lesão B, a média de concordância foi de 55,3% nas descrições livres, 59,9% com o formulário do MESB e 70,8% com o roteiro AE/UFSC. Também foi observada diferença estatística nas três situações investigadas. Os resultados da análise entre os grupos são mostrados na Tabela 1. Os resultados obtidos foram semelhantes aos encontrados para a lesão A, nos quais não foram observadas diferenças significativas entre as descrições livres e com o formulário do MESB ($p = 0,069$), mas sim com o uso do roteiro AE/UFSC quando comparadas com as descrições livres ($p < 0,05$) e com apoio do formulário do MESB ($p < 0,05$). Não foi observada diferença entre as descrições de acadêmicos e profissionais ($p > 0,05$).

Na análise dos itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento, para a lesão A, a média de concordância foi 59,5% nas descrições livres, 60% com o formulário do MESB e 73% com o roteiro AE/UFSC. Observou-se diferença estatística para as três situações de descrição. Na análise entre os grupos (Tabela 2), observou-se diferença estatística na comparação do roteiro AE/UFSC com as descrições livres ($p < 0,05$) e também com o formulário do MESB ($p <$

0,05). Não houve diferença nas descrições livres e com o formulário do MESB ($p = 0,998$).

Para a lesão B, a média de concordância para os itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento foi de 80% nas descrições livres, 66% com o formulário do MESB e 75% com o roteiro AE/UFSC. Observou-se diferença nas descrições entre as três situações. Na análise entre os grupos, observou-se diferença nas descrições livres comparado com o formulário do MESB ($p < 0,05$), com a primeira demonstrando ser mais eficiente. O roteiro AE/UFSC mostrou dar maior suporte do que o formulário do MESB ($p = 0,026$). Na comparação da descrição livre com o roteiro AE/UFSC, não houve diferença ($p = 0,263$) (Tabela 2).

1º) Nomear a lesão: (ver figuras)

- *Superficial*
Mácula/ Mancha/ Placa
- *Conteúdo Sólido:*
 1. Pápula/ Nódulo
- *Conteúdo Líquido:*
 1. Fístula
 2. Vesícula
 3. Bolha
 4. Pústula
- *Com Perda Tecidual:*
 1. Erosão
 2. Úlcera
 3. Fissura

2º) Localização

- Estrutura afetada (mucosa jugal, língua, gengiva, lábios...)
- Lado afetado (direito, esquerdo, bilateral)
- Arcada afetada (superior, inferior, ambas)
- Região afetada (anterior, média, posterior)

3º) Características

- **Tamanho** (mm ou cm, Altura X Largura)
- **Cor**
- **Inserção (ver figuras)**
- **Superfície (ver figuras)**
- **Palpação** (ósseo, fibroso, mole, flutuante)
- **Tempo de evolução** (há quantos dias, semanas, meses ou anos apareceu a lesão?)
- **Tipo de crescimento** (contínuo, aumenta e diminui) (aumenta em um período específico?)
- **Dor** (localizada/difusa) (espontânea/provocada) (passageira/contínua/intermitente) (leve/moderada/intensa) (paroxística/pulsátil/queimada o)

4º) Observações adicionais da região da lesão, se pertinente:

- Paciente usuário de próteses? (nova/antiga, total/parcial)
- Lesão sai à raspagem?
- Possibilidade de trauma local (mordedura? prótese mal adaptada?)

5º) Hábitos (especialmente lesões vermelhas ulceradas ou lesões brancas)

- *Fumo:*
 1. Há quanto tempo?
 2. Tipo de fumo (cigarro? charuto? cachimbo?)
 3. Quantos cigarros/dia?
- *Álcool:*
 1. Há quanto tempo?
 2. Tipo de bebida (cerveja? cachaça? vinho?)
 3. Frequência de consumo?
- *Drogas ilícitas:*
 1. Tipo?
 2. Há quanto tempo?

6º) Tratamentos Prévios (se houve)

- Qual tratamento/medicação?
- Surtiu efeito?

EXEMPLO: Nódulo em mucosa jugal direita, terço anterior, medindo 1,2 X 2,0 cm, róseo, séssil, de superfície lisa e consistência fibrosa, evolução de 3 anos, crescimento contínuo, sem dor. Não há aparente fator traumático local. Nega consumo de fumo ou álcool.

EXEMPLO: Úlcera em bordo de língua esquerdo, medindo 0,5 X 1,0 cm, vermelha com bordos esbranquiçados, superfície irregular, fibrosa à palpação, presente há 4 meses (crescimento contínuo). Nega dor, associa a trauma local (mordida). Fumante há 30 anos (cigarro de palha, 8 por dia). Bebe cerveja diariamente. Tratado com Omcilon A por 1 mês, sem regressão.

EXEMPLO: Placa branca em gengiva de incisivos inferiores (0,2 X 0,5 cm) e linhas brancas em mucosa jugal bilateral (área de mais ou menos 1 X 2 cm), superfície irregular, apareceu há 3 anos. Às vezes tem dor e sangramento, quando lesão cresce. Não sai à raspagem. Sem trauma. Nega fumo e álcool.

Figura 2: Roteiro AE/UFSC com os itens para descrição de lesões bucais.

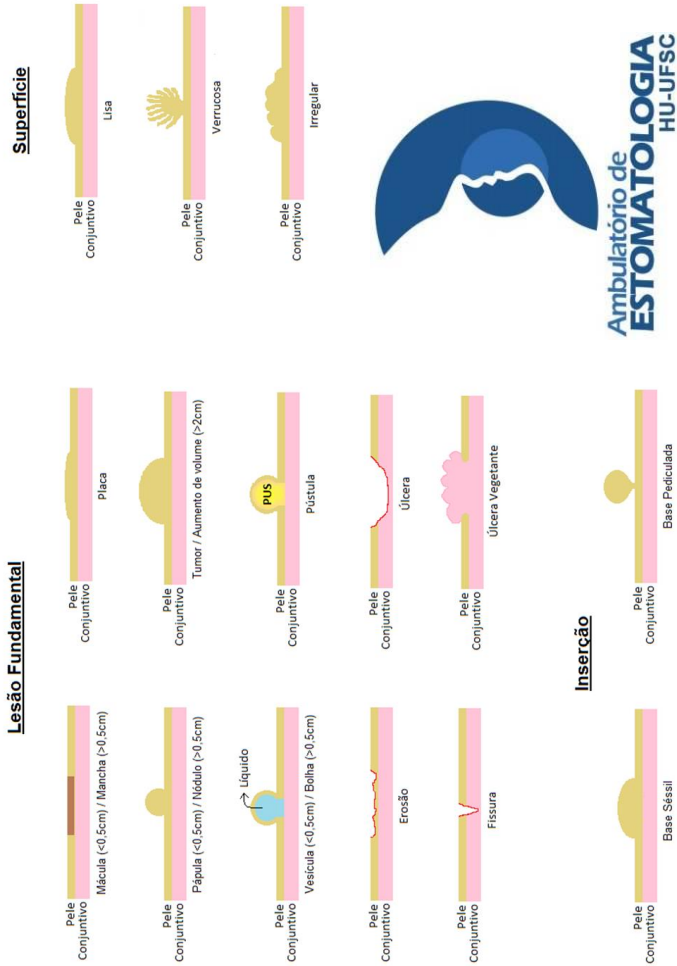


Figura 2 (continuação): Figura das lesões fundamentais, tipos de inserção e aspectos de superfície do roteiro AE/UFSC.

Quadro 1: Itens das descrições padrão-ouro para as lesões A e B.

ITENS NECESSÁRIOS	LESÃO A (Figura 1)	LESÃO B (Figura 2)
Lesão fundamental	Placa	Tumor/nódulo
Observação adicional da região da lesão	Não removível à raspagem	Úlcera central de aproximadamente 0,5cm de diâmetro
Localização	Estrutura afetada Lado afetado	Palato duro/mole Lado esquerdo/dos dentes 23 ao 27
Características	Cor	Branca
	Superfície	Superfície irregular
	Tamanho aprox..	3,0 x 1,0 cm
	Palpação	Consistência
	Inserção	---
	Tempo de evolução	Tempo de evolução
	Dor	Sintomatologia
Hábitos	Tabagismo	História de tabagismo
	Etilismo	História de etilismo

Tabela 1 Valores da análise entre grupos (situações) para a lesão A e B, nas descrições realizadas pelo teste de Tukey.

LESÃO A	Comparação entre as situações	Diferença Média	Erro Padrão	Valor de p	IC 95%	
					Limite inferior	Limite superior
	S3 x S1	21,4286*	2,2151	,000	16,214	26,643
	S3 x S2	19,1964*	2,2151	,000	13,982	24,411
	S2 x S1	2,2321	2,2151	,573	-2,983	7,447
LESÃO B	S3 x S1	15,5032*	2,0800	,000	10,606	20,400
	S3 x S2	10,8766*	2,0800	,000	5,980	15,774
	S2 x S1	4,6266	2,0800	,069	-,270	9,524

*A diferença média é significativa no nível 0.05.

FONTE: Dados da pesquisa.

Tabela 2 Valores da análise entre grupos (situações) para os itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento para a lesão A e B pelo teste de Tukey.

LESÃO A	Comparação entre as etapas	Diferença Moiéda	Erro Padrão	Valor de p	Limite inferior	Limite superior
	S3 x S1	13,5714*	2,7333	,000	7,136	20,006
	S3 x S2	13,3929*	2,7333	,000	6,958	19,828
	S2 x S1	,1786	2,7333	,998	-6,256	6,614
LESÃO B						
	S3 x S1	-5,357	3,428	,263	-13,43	2,71
	S3 x S2	8,929*	3,428	,026	,86	17,00
	S2 x S1	-14,286*	3,428	,000	-22,36	-6,22

* A diferença média é significativa no nível 0,05.

FONTE: Dados da pesquisa.

Discussão

A referência de pacientes a outros níveis de atenção é considerada um elemento chave para os generalistas, sendo realizada visando o estabelecimento ou confirmação de diagnóstico, tratamento da doença, realização de testes específicos não disponíveis na atenção primária e segunda opinião no manejo do paciente ²². Documentos de referência são mecanismos comuns para troca de informações entre profissionais do nível primário e secundário de atenção à saúde ^{4,5,9,10}. Em algumas situações, os documentos de referência se tornam o único meio disponível para essa troca ^{12,21,28,29} e, muitas vezes, interferem na qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente ^{9,11,21}.

Documentos de referência, para serem úteis, deveriam apresentar relevância retórica, adequado nível de detalhamento, concisão e organização das informações ^{12,30}. No entanto, o conteúdo dos documentos de referência frequentemente não inclui as informações necessárias ^{4,7,9-12,17,18,21,28,31-35}, podendo resultar em agendamento inadequado e erros na priorização ^{9,11,29}, repetição desnecessária de investigações diagnósticas ⁴ e, em última instância, em cuidado inadequado e atraso no tratamento do paciente ^{6,21}.

Diversos estudos se preocuparam em apontar informações necessárias para o encaminhamento do paciente. Estas informações incluem (i) dados do paciente ^{7,9,12,17,19,34,36,37}, (ii) detalhes do profissional solicitante ^{9,12,17,37}, (iii) descrição detalhada dos achados clínicos ^{9,17,21,34,36,37}, (iv) resultados de investigações anteriores (exames) ^{5,12,17,19,21,34,35,37}, (v) queixa principal ^{10,12,17,19,35,36}, (vi) história da queixa atual ^{19,21,37}, (vii) tratamentos já realizados ^{12,17,19,21,35,37}, (viii) histórico médico ^{5,7,19,21,28,34,37}, (ix) medicações em uso ^{7,10,12}, (x) motivo do encaminhamento (se para segunda opinião, diagnóstico e/ou tratamento) ^{17,19,21,37}, (xi) hipótese diagnóstica ^{19,21,37} e (xii) questões sociais ⁹. Moloney e Stassen ⁹ ainda destacam a escrita legível e compreensível como essencial ao repasse de informações.

Por outro lado, os estudos também destacaram que alguns dados da descrição clínica da lesão são considerados essenciais, dependendo da especialidade à qual o paciente é encaminhado ^{9,11,12,17,36}. O detalhamento da lesão incluiu as características de lesão fundamental, ^{11,17}, tamanho ^{9,17,36}, localização ^{25,26,31,34}, coloração e eventual ulceração ^{9,11}, forma e consistência ⁹, espessura, textura, tipo de margem em rolete (no caso de carcinoma espinocelular em boca) ¹¹, tempo de evolução ^{12,17,36}, mudanças de tamanho ³⁶, sintomas ^{12,17,36}, diagnóstico clínico ^{12,17,36}, referência à possibilidade de tratar-se de lesão maligna ^{12,36},

fatores de risco do paciente e detalhes do manejo, como uso de medicações/bochechos, realização prévia de biópsia ou outro procedimento ¹¹. Considerando estes dados, o roteiro AE/UFSC pretendeu auxiliar os profissionais a fornecerem informações de forma rápida e objetiva, levantando os principais dados para a referência de pacientes à Estomatologia.

O uso de roteiros ou formulários tem sido relatado como instrumentos que promovem a inclusão de maior quantidade de informações nos documentos de referência, com maior detalhamento e, conseqüentemente, melhor qualidade das mesmas ^{9,11,16-21,38}. Por outro lado, alguns autores ponderam que o uso destes instrumentos não parece melhorar a qualidade dos documentos de referência ^{7,39}.

Os resultados deste estudo mostram que o uso do formulário do MESB, quando comparado às descrições livres, não propiciou melhora na qualidade das descrições para ambas as lesões apresentadas. Já com o uso do roteiro AE/UFSC foi observada melhora significativa na qualidade das descrições, tanto quando comparadas às descrições livres quanto com o formulário do MESB. Com estes resultados, observa-se que não ocorreu o acúmulo de conhecimento devido à apresentação de uma mesma lesão em situações consecutivas, pelo fato de que na segunda situação (formulário do MESB) não houve melhora nas descrições realizadas quando comparadas às descrições da primeira situação (descrição livre). Desta forma, reforça-se a melhoria nas descrições pelo uso de instrumentos específicos de apoio à descrição, como o roteiro AE/UFSC.

Apesar do formulário do MESB contemplar os itens habitualmente utilizados para descrição de lesões bucais, a sua utilização pressupõe que seus usuários estejam capacitados a utilizar os descritores semiológicos adequados à tradução das características clínicas da lesão. Tal pressuposto talvez seja inadequado para profissionais que não utilizam essa nomenclatura no cotidiano de sua prática clínica. Ao fornecer as opções de descritores, o roteiro AE/UFSC mostrou ser um instrumento metodológico com potencial para qualificar o processo de descrição de lesões bucais. A estratégia de utilizar figuras ilustrativas, que visou auxiliar os usuários a relacionar termos clínicos a certas características clínicas, também pode ter tido papel importante, já que elementos visuais parecem ser úteis no processamento de informações

40

Alguns pontos relevantes observados durante a análise das descrições - e que precisam ser destacados - referem-se à percepção da dificuldade em proceder as descrições mesmo em itens que se acredita

serem de simples relato, como a descrição da localização da lesão ou a utilização de termos técnicos específicos. Apesar da limitação da pesquisa em utilizar fotografias de lesões para obtenção das descrições, a lesão A é considerada clássica e rotineira - com o agravante de tratar-se de lesão cancerizável. Outra surpresa foi a falta de familiaridade dos participantes na correta aplicação dos termos que caracterizam as lesões fundamentais, largamente utilizados pelas comunidades médica e odontológica. Além de poder indicar eventual falha de formação e/ou educação continuada em relação aos conhecimentos específicos da área da Estomatologia, talvez também se possa atribuir tais dificuldades a um lapso nos currículos no que se refere à formação para a comunicação escrita, como levantado por alguns estudos ^{15,34,41}.

Além disso, alguns autores relatam a diferença de conteúdo nos documentos de referência entre profissionais com diferentes tempos de graduação, com tendência de melhor desempenho para aqueles recentemente graduados ^{11,18}, neste estudo não foi observada diferença significativa nas descrições efetuadas por acadêmicos e profissionais.

Outro ponto a ser considerado é o tempo escasso ou a falta de tempo para a elaboração da escrita de documentos com conteúdo adequado – este problema também foi apontado como provável causa da falta de informações relevantes nos documentos de referência ^{10,11,36}. Considerando a realidade da rotina clínica nas UBS, é possível que os cirurgiões-dentistas brasileiros também disponham de tempo reduzido para realizar os procedimentos de referência de pacientes aos outros níveis de atenção. Por esse motivo, neste estudo o tempo para realização de cada descrição foi controlado, de forma a simular a real situação dos profissionais na sua rotina clínica.

Foot, Naylor e Imison ²² ressaltaram a importância de se reportar adequadamente as informações, principalmente se houver certeza ou suspeita de o problema ser grave, como nos casos de câncer. O estudo de White et al. ⁴² sugeriu que 11% dos pacientes diagnosticados com câncer não tinham sido priorizados como urgentes em decorrência de documentos de referência inadequadamente formulados. Além disso, Navarro, Onofre e Spoto ¹², ao avaliarem o conteúdo de documentos de referência recebidas no Serviço de Medicina Oral da Universidade de Odontologia de Araraquara (UNESP), afirmaram que nenhum dos 263 documentos analisados relatou sobre a possibilidade de lesão maligna, embora em alguns casos o diagnóstico definitivo tenha sido este. Jiwa et al. ²⁹ ponderaram, ainda, que o agendamento de consultas pode não ser adequadamente efetuado nos casos urgentes encaminhados com documentos de referências breves

ou incompletos. Considerando de forma particular o câncer de boca e suas lesões precursoras, é também de fundamental importância que os profissionais do nível primário de atenção não deixem de fornecer à Central de Regulação informações quanto a hábitos como o tabagismo e etilismo, sabidamente envolvidos na carcinogênese dessas lesões e também pontuadas de forma clara e objetiva no roteiro AE/UFSC.

Com relação aos itens essenciais para a definição de prioridade de atendimento em Estomatologia, observou-se que no caso da lesão A estes foram melhor registrados com o roteiro AE/UFSC quando comparados às descrições livres ou com auxílio do formulário do MESB. O formulário do MESB não mostrou oferecer maior suporte em comparação à descrição livre. Na lesão B, o roteiro AE/UFSC continuou sendo mais efetivo que o formulário do MESB. Curiosamente, também a descrição livre foi superior quando comparada à descrição com o formulário do MESB. Uma possível explicação para esse achado é que os participantes tenham se restringido apenas a preencher as informações solicitadas no formulário do MESB, omitindo informações adicionais relevantes que haviam sido citadas na descrição livre.

Além disso, a aparente necessidade de alguns participantes em sugerir um diagnóstico - embora tenha sido solicitada apenas a descrição da lesão - também foi um achado curioso. Apesar de alguns autores recomendarem ser importante haver sugestão de diagnóstico nos documentos de referência ^{19,21,37}, talvez no caso da Estomatologia a descrição detalhada da lesão seja mais importante que levantar, de fato, uma hipótese diagnóstica. A descrição adequada permitiria ao regulador - desde que capacitado para tal - identificar, além do perfil da lesão, eventuais manobras clínicas já realizadas pelo generalista, tratamentos instituídos com ou sem resultado, além de informações adicionais que poderiam auxiliar na definição de prioridade. O regulador poderia, ainda, antecipar a necessidade de exames complementares necessários, como radiografias, por exemplo, antes da consulta com o especialista. Por outro lado, uma hipótese diagnóstica equivocada levantada pelo generalista, poderia, comprometer a priorização do paciente, atrasar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento.

As descrições com o uso do roteiro AE/UFSC mostraram-se mais organizadas (seguindo os tópicos propostos no roteiro), concisas e com maior quantidade de informações. Essa organização potencialmente permite ao regulador formular mentalmente a imagem da lesão, favorecendo o diagnóstico diferencial e, conseqüentemente, propiciando melhor definição da prioridade do paciente. Já estão disponíveis alguns protocolos de regulação em Estomatologia ⁴³ que objetivam direcionar,

através de fluxogramas, o regulador na definição de prioridades, mas que ainda continuam na dependência de uma boa descrição clínica. Mais estudos são necessários a respeito da necessidade de os reguladores de consultas para Estomatologia possuírem ou receberem formação específica que os permitam aventar hipóteses de diagnóstico diferencial a partir das descrições fornecidas.

Também observou-se maior padronização da terminologia com o roteiro AE/UFSC. Um exemplo seria que com o roteiro AE/UFSC a maioria dos participantes colocou o tamanho da lesão em centímetros, como solicitado no roteiro; já na descrição livre ou com o formulário do MESB foram utilizados termos subjetivos, como lesão “grande”, “ampla”, “extensa”. Essa padronização poderia ser útil, também, para uma posterior formulação de referência eletrônica. Para alguns autores, a comunicação por via eletrônica poderia facilitar e melhorar a qualidade dos encaminhamentos, embora continue a pressupor uma ligação adequada, concisa e eficiente entre os profissionais ⁷. Alguns estudos mostram experiências exitosas com profissionais que utilizam esta tecnologia, com relatos de melhora na comunicação e diminuição do tempo de espera para atendimento ²⁴, maior velocidade na inclusão ³⁶ e na incorporação dos dados do paciente ao documento de referência ^{25,36}. Entretanto, Chetcuti, Farrugia e Cassar ⁷ destacaram que sistemas eletrônicos devem necessariamente estar construídos de forma a proteger os dados confidenciais do paciente, o que de certa forma poderia limitar o uso dessas tecnologias. Adicionalmente, cabe destacar que sistemas informatizados podem oferecer ao generalista a oportunidade de incluir imagens da lesão (ou de exames como radiografias), que potencialmente acrescentariam informações adicionais às eventualmente omitidas na descrição textual; esta é uma questão que também precisa ser melhor estudada em futuras pesquisas.

Finalmente, é importante destacar que a maioria dos estudos, incluindo este, é focada somente em um dos aspectos do processo regulatório, o que certamente é uma limitação, já que falhas no processo regulatório não podem ser resolvidas com apenas uma intervenção ⁴⁴. Outra limitação deste estudo foi a utilização de imagens de lesões bucais, que restringe a coleta de informações inerentes ao exame clínico do paciente; a forma encontrada para compensar essa limitação foi a disponibilização de um campo específico para estes dados no formulário para a descrição das lesões.

Considerações Finais

O roteiro AE/UFSC demonstrou ter potencial para desenvolver, nos cirurgiões dentistas da atenção primária e acadêmicos do último ano do curso de Odontologia, melhor capacidade de realizar descrições de lesões estomatológicas, quando comparado à descrição livre ou realizada com apoio do MESB.

Com avanços na qualidade de descrição das lesões bucais, espera-se que os profissionais da atenção primária propiciem à Central de Regulação informações que permitam qualificar a definição de prioridades para o agendamento das consultas em Estomatologia.

Novos estudos devem ser realizados analisando instrumentos de apoio à descrição de lesões bucais como mecanismos de referência, especialmente em relação ao impacto da sua utilização na regulação, na integralidade da atenção e na resolutividade do sistema, fortalecendo assim a atenção primária enquanto coordenadora da rede de atenção.

Colaboradores

C. Zimmermann e M. I. Meurer contribuíram com a elaboração do projeto, coleta de dados, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos dados, concepção do artigo e aprovaram o texto final. J.T. Lacerda contribuiu com a análise e interpretação dos dados, concepção do artigo e aprovou o texto final. L.J. Grandó contribuiu com a elaboração do projeto, a revisão crítica do conteúdo e aprovou o texto final. A. L. S. MELLO contribuiu com a revisão crítica do conteúdo, a concepção do artigo e aprovou o texto final.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Biguaçu, em particular a Marynes Terezinha Reibnitz e Bruno Célio da Silva (Coordenadores Municipais de Saúde Bucal), e às cirurgiãs-dentistas Nilse Terezinha Rohden e Mônica Netto Mello (Central de Regulação). Continuamos acreditando que a relação Ensino-Serviço é – sim - fonte de soluções para a saúde pública! Longa vida a essa parceria!

REFERÊNCIAS

1. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuid. e Saúde* 2008;7(1):65-72.
2. BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. *Ministério da Saúde, Secr. Atenção à Saúde - Dep. Atenção Básica, Coord. Nac. Saúde Bucal* 2004.
3. Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner-specialist relationship. *Intern. Med. J.* 2005;35(7):430-434.
4. Tattersall M, Butow P, Brown J, Thompson J. Improving doctors' letters. *Med. J. Aust.* 2002;177(3):516-20.
5. Campbell B, Vanslembroek K, Whitehead E, et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ* 2004;328(7447):1060-1061.
6. Berta W, Barnsley J, Bloom J, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. *Can. Fam. Physician* 2008;54(10):1432-3, 1433.e1-6.
7. Chetcuti K, Farrugia R, Cassar K. GP referral letters: time for a template? *Malta Med. J.* 2009;21(02):26-29.
8. Smith S, Khutoane G. Why doctors do not answer referral letters. *South African Fam. Pract.* 2009;51(1):64-67.
9. Moloney J, Stassen LFA. An audit of the quality of referral letters received by the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dublin Dental School and Hospital. *J. Ir. Dent. Assoc.* 2010;56(5):221-223.
10. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication Breakdown in the Outpatient Referral Process. *J. Gen. Intern. Med.* 2000;15(9):626-631.

11. White DA, Morris AJ, Burgess L, Hamburger J, Hamburger R. Facilitators and barriers to improving the quality of referrals for potential oral cancer. *Br. Dent. J.* 2004;197(9):537-40.
12. Navarro CM, Onofre M a, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: an approach for the general dental practitioner. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2001;30(5):448-51.
13. Rohden NT, Costa AM, Silva MLB. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. *Coleção Gestão da Saúde Pública* 2013;13:25-45.
14. Bender A da S, Molina L, Mello A de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaço para a Saúde* 2010;11(2):56-65.
15. Couper I. Referral Letters and Replies. *South African Fam. Pract.* 2011;19(3):90-1.
16. Ramanayake RPJC. Structured printed referral letter (form letter); saves time and improves communication. *J. Fam. Med. Prim. care* 2013;2(2):145-8.
17. Navarro CM, Miranda I a N, Onofre M a, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002;31(5):537-43.
18. Snoad RJ, Eaton KA, Furniss JS, Newman HN. Appraisal of a standardised periodontal referral proforma. *Br. Dent. J.* 1999;187(1):42-46.
19. Djemal S, Chia M, Ubaya-Narayange T. Quality improvement of referrals to a department of restorative dentistry following the use of a referral proforma by referring dental practitioners. *Br. Dent. J.* 2004;197(2):81-85.

20. Shaffie N, Cheng L. Improving the quality of oral surgery referrals. *Br. Dent. J.* 2012;213(8):411-3.
21. Ibiyemi O, Ibiyemi T. Quality and contents of referral letters from peripheral health centers to the dental centre of a teaching hospital, southwestern Nigeria. *Acta Odontol. Scand.* 2012;70(2):165-168.
22. Foot C, Naylor C, Imison C. The quality of GP diagnosis and referral. *London, UK King's Fund* 2010:1-79.
23. Hodgson TA, Buchanan JAG, Garg A, Ilyas SE, Porter SR. An audit of the UK national cancer referral guidelines for suspected oral mucosal malignancy. *Br Dent J* 2006;201(10):643-647.
24. Kim Y, Chen AH, Keith E, Yee HF, Kushel MB. Not perfect, but better: primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. *J. Gen. Intern. Med.* 2009;24(5):614-9.
25. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. *Qual. Prim. Care* 2012;20(1):39-45.
26. Nascimento F da S do. Avaliação de uma ferramenta de apoio à descrição de lesões bucais por estudantes do curso de Odontologia da UFSC. 2012:55.
27. Zimmermann C, Meurer MI, Nascimento F da S do, Lacerda JT de, Grandó LJ, Carcereri DL. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. *Rev. ABENO* 2012;1(47):8-131.
28. DeAngelis AF, Chambers IG, Hall GM. The accuracy of medical history information in referral letters. *Aust. Dent. J.* 2010;55(2):188-192.
29. Jiwa M, Arnet H, Bulsara M, Ee HC, Harwood A. What is the importance of the referral letter in the patient journey? A pilot

- survey in Western Australia. *Qual. Prim. Care* 2009;17(1):31-36.
30. Lingard L, Hodges B, MacRae H, Freeman R. Expert and trainee determinations of rhetorical relevance in referral and consultation letters. *Med. Educ.* 2004;38:168-176.
 31. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv. Res.* 2009;9:143.
 32. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br. J. Gen. Pract.* 1990;40(340):445-449.
 33. Ferreira JBB, Mishima MS, Santos JS dos, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores *. *Comun. Saude, Educ.* 2010;14(33):345-358.
 34. Arigbede A, Dosumu O. Opinions of Nigerian dental consultants on ideal content current quality and attitudes to referrals. *Niger. J. Clin. Pract.* 2010;13(1):70-73.
 35. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mookink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br. J. Gen. Pract.* 2003;53(488):217-219.
 36. Shaw LJ, Berker DAR De. Strengths and weaknesses of electronic referral : comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in dermatology. *Br. J. Gen. Pract.* 2007;57(December 2005):223-224.
 37. Orimadegun AE, Akinbami FO, Akinsola AK, Okereke JO. Contents of referral letters to the children emergency unit of a teaching hospital, southwest of Nigeria. *Pediatr. Emerg. Care* 2008;24(3):153-156.

38. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi M, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane database Syst. Rev.* 2008;8(4):CD005471.
39. O'Brien K, Wright J, Conboy F, et al. The effect of orthodontic referral guidelines: a randomised controlled trial. *Br. Dent. J.* 2000;188(7):392-397.
40. Li W. A single picture is worth a thousand words: the effects of images on online learning content. *Dev. Sci.* 2001;14(2):181-9.
41. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Can. Fam. Physician* 2011;57(5):574-5.
42. White P, Singleton A, Jones R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. *Patient Educ. Couns.* 2004;55(1):94-98.
43. Telessaúde-RS. EducaTele RS - Portal de Teleducação. *Protoc. Regulação em Estomatol. Lesões Tecidos Moles*:8. Available at: <http://www.ufrgs.br/educatele/biblioteca-1/protocolos/protocolo-de-regulacao-em-estomatologia-lesoes-de-tecidos-moles/view>. Accessed March 15, 2015.
44. Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q.* 2011;89(1):39-68.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados apresentados neste estudo, concluiu-se que a qualidade das descrições foi superior com o uso do roteiro AE/UFSC quando comparadas aquelas sem uso de material de apoio (livres) ou com o formulário do MESB. Na inclusão dos itens essenciais para a definição de prioridade, para a lesão A obteve-se resultado semelhante, com o roteiro AE/UFSC oferecendo maior suporte às descrições; para a lesão B, a descrição livre foi superior àquelas com o formulário do MESB, enquanto que, quando comparadas ao roteiro AE/UFSC, não houve diferença estatística entre elas. O roteiro AE/UFSC mostrou-se mais eficiente do que o formulário do MESB em todas as análises realizadas.

Portanto, a disponibilidade de um formulário (como o do MESB) não foi suficiente para melhorar a qualidade das descrições de lesões bucais pelos participantes. Ao estabelecer uma rotina para descrição, o roteiro AE/UFSC parece ter potencial para desenvolver nos seus usuários habilidades como observação, identificação e coleta adequada de informações sobre as afecções bucomaxilofaciais, facilitando a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde bucal. A avaliação aqui apresentada foi efetuada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Biguaçu, sendo que o roteiro AE/UFSC foi recentemente distribuído às UBS dos municípios de Florianópolis e São José (na Grande Florianópolis). Com a gradativa incorporação à rotina para referência de lesões bucais, e a manutenção do acompanhamento dos documentos de referência junto à Central de Regulação, pretende-se garantir a retroalimentação necessária à inclusão de eventuais melhorias no roteiro proposto. Está em desenvolvimento, também em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a versão eletrônica do roteiro AE/UFSC, a ser incorporado ao sistema eletrônico em uso nas UBS. Com avanços na qualidade de descrição das lesões bucais, espera-se que os profissionais das UBS propiciem à Central de Regulação informações que permitam qualificar a definição de prioridades para o agendamento das consultas em Estomatologia, aprimorando o processo de referência e a oferta em saúde aos pacientes de acordo com o estabelecido pelos princípios do SUS.

6 REFERÊNCIAS

AKBARI, A. et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 8, n. 4, p. CD005471, jan. 2008.

ARIGBEDE, A.; DOSUMU, O. Opinions of Nigerian dental consultants on ideal content current quality and attitudes to referrals. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 13, n. 1, p. 70–73, 1 jan. 2010.

BENDER, A. DA S.; MOLINA, L.; MELLO, A. DE. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56–65, 2010.

BERENDSEN, A. J. et al. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists--a qualitative study. **BMC health services research**, v. 6, p. 155, jan. 2006.

BERENDSEN, A. J. et al. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. **BMC health services research**, v. 7, p. 4, 2007.

BERENDSEN, A. J. et al. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. **BMC Health Services Research**, v. 9, p. 143, 8 ago. 2009.

BERTA, W. et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 54, n. 10, p. 1432–3, 1433.e1–6, out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. **Ministério da Saúde, Brasília/DF**, p. 4–6, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. **Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde**, p. 44 il, 2000.

BRASIL. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência

à Saúde (NOAS-SUS 01/02) e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. **Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – Brasília/DF**, v. 02, n. 2 ed., p. 108 p., 2002.

BRASIL. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**, p. 66 il., 2003.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde**, p. 1–27, 2006a.

BRASIL. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida , em Defesa do SUS e de Gestão. **Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde**, p. 76, 2006b.

BRASIL. Diário Oficial - Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria No 399, de 22 de fevereiro de 2006 - República Federativa do Brasil, Brasília/DF**, 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS**, v. 8, p. 1–232, 2007.

BRASIL. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde**, p. 128, 2008a.

BRASIL. Diário Oficial - Portaria No. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde –

SUS. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria No 1.559, de 01 de agosto de 2008 - República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.** – 3. ed. – Brasília/DF, v. 3 ed., p. 480 il, 2009.

BRASIL. Diário Oficial - Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria No 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – República Federativa do Brasil, Brasília/DF**, n. 251, p. 88, 2010.

CAMPBELL, B. et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 328, n. 7447, p. 1060–1061, maio 2004.

CHETCUTI, K.; FARRUGIA, R.; CASSAR, K. GP referral letters: time for a template? **Malta Medical Journal**, v. 21, n. 02, p. 26–29, 2009.

CLARKE, A. et al. Can guidelines improve referral to elective surgical specialties for adults? A systematic review. **Quality & safety in health care**, v. 19, n. 3, p. 187–194, jun. 2010.

COULTHARD, P. et al. Referral patterns and the referral system for oral surgery care. Part 1: General dental practitioner referral patterns. **British dental journal**, v. 188, n. 3, p. 142–145, fev. 2000a.

COULTHARD, P. et al. Referral patterns and the referral system for oral surgery care. Part 2: The referral system and telemedicine. **British dental journal**, v. 188, n. 7, p. 388–391, abr. 2000b.

COUPER, I. Referral Letters and Replies. **South African Family Practice**, v. 19, n. 3, p. 90–1, 2011.

CROSSLEY, G. M. et al. Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. **Medical education**, v. 35, n. 12, p. 1115–1124, dez. 2001.

DATASUS. **SISREG - Sistema Nacional de Regulação**. Disponível em: <<http://sisregiii.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

DEANGELIS, A. F.; CHAMBERS, I. G.; HALL, G. M. The accuracy of medical history information in referral letters. **Australian Dental Journal**, v. 55, n. 2, p. 188–192, 2010.

DJEMAL, S.; CHIA, M.; UBAYA-NARAYANGE, T. Quality improvement of referrals to a department of restorative dentistry following the use of a referral proforma by referring dental practitioners. **British dental journal**, v. 197, n. 2, p. 81–85, jul. 2004.

FARUP, P. G. et al. What causes treatment failure - the patient, primary care, secondary care or inadequate interaction in the health services? **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 111, jan. 2011.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores *. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 345–358, 2010.

FOOT, C.; NAYLOR, C.; IMISON, C. The quality of GP diagnosis and referral. **London, UK: The King's Fund**, p. 1–79, 2010.

FOX, A. T. et al. Improving the quality of outpatient clinic letters using the Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL). **Medical education**, v. 38, n. 8, p. 852–858, ago. 2004.

FRANÇOIS, J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 57, n. 5, p. 574–5, maio 2011.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65–72, 2008.

- GANDHI, T. K. et al. Communication Breakdown in the Outpatient Referral Process. **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, n. 9, p. 626–631, 2000.
- GROL, R. et al. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 53, n. 488, p. 217–219, mar. 2003.
- HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. **Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health**, v. 21, n. 2-3, p. 96–110, 2007.
- HODGSON, T. A. et al. An audit of the UK national cancer referral guidelines for suspected oral mucosal malignancy. **Br Dent J**, v. 201, n. 10, p. 643–647, 25 nov. 2006.
- IBIYEMI, O.; IBIYEMI, T. Quality and contents of referral letters from peripheral health centers to the dental centre of a teaching hospital, southwestern Nigeria. **Acta odontologica Scandinavica**, v. 70, n. 2, p. 165–168, mar. 2012.
- JIWA, M. et al. What is the importance of the referral letter in the patient journey? A pilot survey in Western Australia. **Quality in primary care**, v. 17, n. 1, p. 31–36, 2009.
- JIWA, M.; DHALIWAL, S. Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. **Quality in primary care**, v. 20, n. 1, p. 39–45, 2012.
- KIM, Y. et al. Not perfect, but better: primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. **Journal of general internal medicine**, v. 24, n. 5, p. 614–9, maio 2009.
- KVAMME, O. J. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). **Quality in Health Care**, v. 10, n. 1, p. 33–39, 1 mar. 2001.

LI, W. A single picture is worth a thousand words: the effects of images on online learning content. **Developmental science**, v. 14, n. 2, p. 181–9, mar. 2001.

LINGARD, L. et al. Expert and trainee determinations of rhetorical relevance in referral and consultation letters. **Medical education**, v. 38, p. 168–176, 2004.

LINGARD, L.; HABER, R. Teaching and learning communication in medicine: a rhetorical approach. **Acad Med**, v. 74, n. 5, p. 35–8, 1999.

MCLEOD, N. M. H.; SAEED, N. R.; ALI, E. A. Oral cancer: Delays in referral and diagnosis persist. **Br Dent J**, v. 198, n. 11, p. 681–684, 11 jun. 2005.

MEHROTRA, A.; FORREST, C. B.; LIN, C. Y. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. **The Milbank quarterly**, v. 89, n. 1, p. 39–68, mar. 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: [s.n.]. p. 549; il.

MOLONEY, J.; STASSEN, L. F. A. An audit of the quality of referral letters received by the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dublin Dental School and Hospital. **Journal of the Irish Dental Association**, v. 56, n. 5, p. 221–223, 2010.

NASCIMENTO, F. DA S. DO. **Avaliação de uma ferramenta de apoio à descrição de lesões bucais por estudantes do curso de Odontologia da UFSC**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

NAVARRO, C. M. et al. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 31, n. 5, p. 537–43, out. 2002.

NAVARRO, C. M.; ONOFRE, M. A; SPOSTO, M. R. Referral letters in oral medicine: an approach for the general dental practitioner. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 30, n. 5, p. 448–51, out. 2001.

NEWTON, J.; ECCLES, M.; HUTCHINSON, A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 304, n. 6830, p. 821–824, mar. 1992.

O'BRIEN, K. et al. The effect of orthodontic referral guidelines: a randomised controlled trial. **British dental journal**, v. 188, n. 7, p. 392–397, abr. 2000.

ORIMADEGUN, A. E. et al. Contents of referral letters to the children emergency unit of a teaching hospital, southwest of Nigeria. **Pediatric emergency care**, v. 24, n. 3, p. 153–156, mar. 2008.

PITERMAN, L.; KORITSAS, S. Part I. General practitioner-specialist relationship. **Internal medicine journal**, v. 35, n. 7, p. 430–434, jul. 2005a.

PITERMAN, L.; KORITSAS, S. Part II. General practitioner-specialist referral process. **Internal medicine journal**, v. 35, n. 8, p. 491–496, ago. 2005b.

RAMANAYAKE, R. P. J. C. Structured printed referral letter (form letter); saves time and improves communication. **Journal of family medicine and primary care**, v. 2, n. 2, p. 145–8, abr. 2013.

ROHDEN, N. T.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 13, p. 25–45, 2013.

SARDELLA, A. et al. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. **Journal of dental education**, v. 71, n. 4, p. 487–91, abr. 2007.

SHAFFIE, N.; CHENG, L. Improving the quality of oral surgery referrals. **British dental journal**, v. 213, n. 8, p. 411–3, out. 2012.

SHAW, L. J.; BERKER, D. A. R. DE. Strengths and weaknesses of electronic referral : comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in dermatology. **British Journal of General Practice**, v. 57, n. December 2005, p. 223–224, 2007.

SHILO, G.; SHILO, L. Writing style of young physicians in the computer and internet era. **International Journal of Medical Education**, v. 5, p. 82–86, 28 abr. 2014.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SMITH, S.; KHUTOANE, G. Why doctors do not answer referral letters. **South African Family Practice**, v. 51, n. 1, p. 64–67, 2009.

SNOAD, R. J. et al. Appraisal of a standardised periodontal referral proforma. **British dental journal**, v. 187, n. 1, p. 42–46, jul. 1999.

TATTERSALL, M. et al. Improving doctors' letters. **The Medical journal of Australia**, v. 177, n. 3, p. 516–20, 3 fev. 2002.

TELESSAÚDE-RS. **EducaTele RS - Portal de Teleducação**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/educatele/biblioteca-1/protocolos/protocolo-de-regulacao-em-estomatologia-lesoes-de-tecidos-moles/view>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

WESTERMAN, R. F. et al. A study of communication between general practitioners and specialists. **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 40, n. 340, p. 445–449, nov. 1990.

WHITE, D. A. et al. Facilitators and barriers to improving the quality of referrals for potential oral cancer. **British dental journal**, v. 197, n. 9, p. 537–40, 13 nov. 2004.

WHITE, P.; SINGLETON, A.; JONES, R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. **Patient education and counseling**, v. 55, n. 1, p. 94–98, out. 2004.

XIANG, A. et al. Impact of a referral management “gateway” on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. **BMC health services research**, v. 13, p. 310, 2013.

ZIMMERMANN, C. et al. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. **Revista ABENO**, v. 1, n. 47, p. 8–131, 2012.

Apêndices

APÊNDICE A – Revisão Expandida da Literatura

Referência e contrarreferência em saúde

Em muitos sistemas de saúde, unidades de atenção primária à saúde são o primeiro ponto de atendimento a pacientes pela facilidade geográfica de acesso para a comunidade (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Em caso de necessidade de atendimento por especialistas¹, os profissionais generalistas¹ encaminham o paciente para o atendimento por especialistas na atenção secundária (PITERMAN; KORITSAS, 2005a, 2005b; RAMANAYAKE, 2013), geralmente para a realização do diagnóstico, necessidade de outras investigações/exames, tratamento e também solicitação de segunda opinião (PITERMAN; KORITSAS, 2005b; RAMANAYAKE, 2013). Ou seja, a atenção primária é a “porta de entrada” para o sistema de saúde, que envolve conhecimentos específicos, técnicas e procedimentos especializados para diagnóstico e tratamento de alguns pacientes (PITERMAN; KORITSAS, 2005a).

Conceitualmente, denomina-se *referência* o trânsito do menor para o maior nível de atenção à saúde (por exemplo, da atenção primária para a atenção secundária). Em contrapartida, a *contrarreferência* compreende o trânsito do maior para o menor nível de atenção (BRASIL, 2003).

A gestão rápida e efetiva de pacientes entre os níveis de atenção requer um eficiente sistema de referência (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Além disso, a relação colaborativa entre generalistas e especialistas tem grande importância em sistemas de saúde onde o acesso à atenção especializada é controlado pelos generalistas (BERENDSEN et al., 2006). Adicionalmente, muitos sistemas de saúde procuram assegurar que aqueles pacientes mais necessitados – com maior urgência - sejam atendidos antes. Os documentos de referência são, desta forma, de grande importância na tomada de decisão relativa ao melhor momento para o paciente ser atendido (JIWA et al., 2009).

Alguns sistemas de saúde trabalham com Centros de Gestão de Referências, como descrito por Xiang et al. (2013), onde todos os encaminhamentos de generalistas são submetidos a uma triagem. De acordo com os autores, um dos objetivos desse sistema é o controle da

¹ Nota da autora: os termos genéricos mundialmente utilizados “profissionais generalistas” e “profissionais especialistas” serão utilizados, neste trabalho, como sinônimos de “profissionais da atenção primária” e “profissionais da atenção secundária”, respectivamente, no cenário brasileiro.

demanda e a redução de encaminhamentos desnecessários e inadequados aos serviços especializados.

No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, está-se estabelecendo um processo para o gerenciamento do trânsito de pacientes entre os níveis de atenção à saúde. A ação regulatória envolve o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso. Dentro dessa lógica, o Ministério da Saúde desenvolveu e disponibilizou um aplicativo online denominado Sistema de Regulação – SISREG, com o objetivo de informatizar a Central de Regulação. O SISREG representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores. As experiências a partir de sua utilização e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação apontaram para a necessidade de melhorias no sistema original. O DATASUS vem aprimorando este sistema, estando disponível atualmente a versão SISREG III (BRASIL, 2006a).

Comunicação entre profissionais da saúde e entre os níveis de atenção – um ponto chave no cuidado continuado ao paciente ²

Nas últimas décadas, os termos “cuidado partilhado”, “coordenação do cuidado”, “manejo do cuidado”, “cuidado colaborativo”, “relação da atenção primária”, “colaboração da atenção primária” tem sido cada vez mais utilizados para expressar o contexto da integralidade e continuidade do cuidado ao paciente. Este contexto

² Nota da autora: Na revisão da literatura, diversos foram os termos encontrados para denominar diferentes instrumentos de apoio utilizados por profissionais da saúde para suporte à escrita de documentos de referência. Visando a padronização de conceitos, serão utilizados os seguintes termos e respectivos significados, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (1) Guia/roteiro (termo usado no inglês: guideline): conjunto de direções ou princípios apresentando regras para os problemas e abordagens em qualquer campo de atividade. Refere-se à prestação de cuidados em saúde com respeito à conduta e administração, e não a decisões específicas para uma determinada situação clínica; (2) Guia de prática clínica (practice guideline, guidance form): conjunto de orientações ou princípios para auxiliar o profissional da saúde nas decisões relacionadas ao tratamento do paciente. (3) Formulário (termos usados no inglês: form, proforma, structured format, structure letter, form letter): documentos consistindo de ou contendo um número significativo de campos em branco para o preenchimento.

carrega em si a ideia da interdependência entre os profissionais da saúde, não somente aplicada entre generalistas e especialistas num contexto interdisciplinar, mas também se estendendo ao contexto multiprofissional do cuidado (PITERMAN; KORITSAS, 2005a).

A comunicação escrita na área da saúde é importante tanto na troca de informações sobre o paciente quanto como um registro do processo profissional (LINGARD et al., 2004). A troca de informações sobre o manejo do paciente – essencial dentro desse cenário - pode acontecer de várias formas, como o contato telefônico, conversas informais e documentos de referência (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012; SARDELLA et al., 2007). Documentos de referência são interfaces comuns para trocas de informações entre profissionais do nível primário e secundário de atenção à saúde (CAMPBELL et al., 2004; MOLONEY; STASSEN, 2010; TATTERSALL et al., 2002). Em algumas situações, os documentos de referência se tornam o único meio disponível para tal (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012; JIWA et al., 2009; NAVARRO; ONOFRE; SPOSTO, 2001) e, muitas vezes, determinam a qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012).

Uma ligação formal através de documentos de referência entre generalistas e especialistas nos diversos níveis de atenção à saúde é benéfica ao paciente (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Os documentos de referência refletem os pressupostos dos escritores, expectativas sobre os leitores e a regulação do sistema em si (LINGARD et al., 2004). A alta qualidade de tais documentos é parte essencial do adequado cuidado a ser oferecido ao paciente, e o seu conteúdo - com no mínimo as informações essenciais - permite avaliar a necessidade clínica e a urgência do caso - ou seja, a prioridade para cada atendimento (MOLONEY; STASSEN, 2010). Com este objetivo, os documentos de referência deveriam ser detalhados, concisos, práticos e úteis (NAVARRO; ONOFRE; SPOSTO, 2001).

No entanto, o conteúdo desses documentos frequentemente não inclui as informações necessárias (TATTERSALL et al., 2002), e a consequência disso é que esta oportunidade ímpar de comunicação entre os profissionais acaba se perdendo (CAMPBELL et al., 2004). Documentos de referência considerados inadequados podem frustrar e até mesmo confundir seus destinatários, podendo comprometer o trânsito seguro do paciente no sistema de saúde (LINGARD et al., 2004).

A comunicação entre os níveis de atenção é essencial para a troca de informações relativas à continuidade do tratamento e ao acompanhamento do paciente; neste contexto, não apenas os

documentos de referência são importantes, mas também nas respostas enviadas a eles (documentos de contrarreferência) (BERTA et al., 2008; CHETCUTI; FARRUGIA; CASSAR, 2009; SMITH; KHUTOANE, 2009; TATTERSALL et al., 2002).

Compreender, via documentos de referência, como as mensagens são construídas, transmitidas e interpretadas pode inclusive ajudar a ampliar o entendimento do complexo contexto social e profissional de comunidades médicas, já que - além de ter uma função social - a linguagem carrega valores e crenças de uma determinada comunidade. A comunicação através de documentos de referência é um aprendizado interdisciplinar e multiprofissional, sendo um processo bastante implícito e sujeito a frustrações e erros de comunicação (LINGARD et al., 2004).

Um estudo conduzido por Shilo e Shilo (2014), em Israel, avaliou a qualidade da comunicação escrita de jovens médicos na era da Internet, tendo sido observado que o nível da linguagem mostrou-se surpreendentemente baixo, incluindo erros de vocabulário, de sintaxe e textuais. Ainda, “novas” abreviações e falta de coerência, de organização e de detalhes importantes foram achados comuns.

Lingard et al. (2004) conduziram um estudo sobre a relevância da comunicação via documentos de referência e contrarreferência. Entrevistas foram efetuadas com 14 médicos professores (5 médicos da família, 5 psiquiatras e 4 cirurgiões) e 13 médicos residentes (6 em medicina da família, 3 em psiquiatria e 4 em cirurgia). As perguntas feitas aos participantes foram: “Como você decide quais informações colocar no documento de referência?” e, mostrando um dos exemplos de referência e contrarreferência dos 104 documentos enviados previamente pelos médicos (com sigilo de identificação), perguntavam “Este documento contém as informações que você necessita como leitor?”. Os professores consideraram retoricamente relevante nos documentos de referência os conteúdos: (i) educacional (enquanto potencial educativo); (ii) profissional (estimulando relações profissionais); (iii) de audiência (antecipando estratégias e constrangimentos do leitor); (iv) de sistema institucional (de acordo com as questões administrativas e operacionais); (v) médico-legal (como relatório de registro para eventuais audiências); e (vi) avaliativo (para avaliação do conhecimento e habilidade do escritor). Cada item foi considerado como tendo importância particular no contexto de produção e recebimento destes documentos. Enquanto os fatores clínicos teriam a função de promover o cuidado do paciente, os professores demonstraram um sofisticado entendimento sobre a relevância retórica nos documentos

de referência, como o nível de detalhamento, a inclusão ou exclusão de determinados dados e a organização das informações. Os residentes, entretanto, consideraram relevantes somente três fatores: (i) avaliativo, (ii) profissional e (iii) de audiência, não considerando a importância retórica dos documentos, além de relatarem pouca ou nenhuma instrução recebida sobre como redigi-los. Os professores, portanto, demonstraram um maior entendimento da importância do contexto e reciprocidade entre escritores e destinatários; suas percepções do papel profissional fazem com que compartilhem as informações e responsabilidades com outros profissionais mais facilmente.

A interface entre a comunicação, o cuidado contínuo do paciente e a continuidade do cuidado entre profissionais da saúde não pode ser alcançado com tecnologias isoladas de comunicação. O Grupo Europeu de Trabalho na Qualidade da Prática Familiar (*EQuiP*) recomenda que para ocorrer uma melhora efetiva nesta interface, as mudanças necessárias não são somente nos sistemas de saúde, mas também no modo com que os profissionais encaram seu papel e sua atuação nesse contexto. Este grupo preparou uma lista de 10 itens fundamentais para o adequado desempenho da interface entre atenção primária e secundária em saúde: (i) liderança, facilitando discussões, resoluções de nós críticos e distribuição adequada de tarefas; (ii) compartilhamento do cuidado do paciente, estimulando a comunicação entre os profissionais; (iii) consenso na divisão de tarefas; (iv) roteiros locais desenvolvidos por consenso de generalistas e especialistas; (v) avaliação do fluxo de pacientes no sistema; (vi) utilização de sistemas eletrônicos (vii) treinamento de especialistas e educação continuada para generalistas e especialistas; (viii) formação de equipes de trabalho; (ix) monitoramento da qualidade do trabalho clínico, com uso de indicadores; (x) avaliação da relação custo-benefício, como resultado da melhora da qualidade em saúde (KVAMME, 2001).

Lindgard et al. (2004), citando um trabalho anterior (LINGARD; HABER, 1999), afirmaram que para haver efetiva comunicação entre os profissionais da saúde via documentos de referência, os mesmos precisam desenvolver um sofisticado senso lógico sobre quais informações são importantes para serem transmitidas, construindo um texto conciso e relevante no contexto profissional. A importância da comunicação seria determinada não apenas pelo conhecimento clínico no processo de raciocínio diagnóstico, mas também pelo processo profissional de emissão de opinião fundamentada e participação em grupos multiprofissionais (relevância retórica).

Considerando que documentos de referência são fontes potenciais de informações sobre a prática clínica e a habilidade da comunicação escrita, Crossley et al. (2001) desenvolveram um instrumento, denominado *Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL)*, para avaliação da comunicação de profissionais através de documentos de referências. O conteúdo considerado padrão-ouro nos documentos de referência foi definido com base na frase “*Este documento claramente contém as informações que eu gostaria de ter sobre o paciente se eu fosse o próximo profissional a atendê-lo*”. O instrumento desenvolvido foi embasado em um consenso de boas práticas na comunicação escrita e, através de discussão com 18 profissionais, foi comparado com o padrão e depois avaliado em diversos critérios: validade, resolubilidade, viabilidade e impacto educacional. O SAIL envolvia 18 itens, incluindo a listagem de problemas do paciente, histórico, exames, avaliação geral, manejo, acompanhamento e clareza, além de uma escala de 10 pontos para uma avaliação geral do documento. O SAIL passou por validação preliminar como instrumento para avaliar a comunicação escrita, tendo sido considerado altamente viável e de rápida execução. Os autores concluíram que, uma vez validado, este instrumento poderia ser utilizado para diversas especialidades e ser de alta qualidade para a avaliação da comunicação escrita de profissionais, além de que sua retroalimentação (*feedback*) pode ajudá-los a melhorarem sua comunicação escrita.

Desafios na comunicação e interação entre os profissionais da saúde

A falta de informações clínicas essenciais em documentos de referência pode gerar atraso no agendamento de consultas em decorrência da dificuldade de priorização do atendimento (MOLONEY; STASSEN, 2010), e em última instância resultar em cuidado inadequado e atraso no tratamento (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Assegurar que tais documentos contenham os dados necessários resulta em economia de tempo, reduzindo também a repetição desnecessária de exames diagnósticos; por outro lado, ajuda a evitar a insatisfação do paciente e a perda de confiança do mesmo no generalista (TATTERSALL et al., 2002). Em um relatório de pesquisa com foco na qualidade do diagnóstico e da referência realizado com apoio do *The King's Fund* (Inglaterra), Foot, Naylor e Imilson (2010) levantaram que entre os fatores envolvidos para um diagnóstico de alta qualidade estão a coleta de informações e de evidências suficientes e a redução no tempo

entre a investigação e o manejo do paciente, principalmente se houver certeza ou suspeita de o problema ser grave, como no caso de câncer.

White et al (2004), apesar de contarem com um sistema de via rápida para lesões potencialmente malignas no Serviço de Medicina Oral do *Birmingham Dental Hospital*, observaram que nem sempre a priorização do paciente era possível, pois muitos documentos de referência continham dados insuficientes para permitir o julgamento adequado do caso. Uma avaliação realizada no serviço sugeriu que 11% dos pacientes diagnosticados com câncer não tinham sido priorizados como urgentes em decorrência de documentos de referência inadequadamente formulados.

Farup et al. (2011) avaliaram a causa de pacientes com doença de refluxo gastroesofágico continuarem a apresentar sintomas da doença, tendo em vista ser o tratamento facilmente disponível, barato e seguro. Doze pacientes nesta situação participaram da pesquisa através de uma entrevista semiestruturada focada na avaliação do paciente sobre a falha do tratamento. Estas entrevistas foram analisadas por 18 médicos (6 clínicos gerais, 6 gastroenterologistas e 6 cirurgiões especialistas), que responderam a um questionário com perguntas relacionadas ao paciente, ao serviço primário, ao serviço secundário e à interação dos serviços de saúde, buscando a opinião dos médicos acerca da opinião dos pacientes. A causa mais importante de falhas no tratamento foi considerada a falta de interação entre os serviços de saúde (35%), seguidas por falhas na atenção primária (28%), secundária (27%) e, por último, falhas atribuídas aos pacientes (10%). Os autores concluíram que a falta de interação e comunicação entre os serviços de saúde foi o fator mais importante para ocorrerem falhas no tratamento dos pacientes. Consideraram este um problema complexo e que não poderia resolvido com somente uma intervenção.

A comunicação também parece não ocorrer de forma adequada no sentido inverso, ou seja, do especialista para o generalista. Apesar dos documentos de contrarreferência terem recebido menor atenção dos pesquisadores (em comparação aos documentos de referência), esta interface também pode impactar significativamente no sistema de saúde e na continuidade do cuidado ao paciente (HARRIS et al., 2007). Além disso, alguns estudos tem levantado o potencial educativo da comunicação do especialista com o generalista na educação continuada destes últimos (BERENDSEN et al., 2006, 2009), além daqueles que reforçam o aprendizado mútuo entre os profissionais (NEWTON; ECCLES; HUTCHINSON, 1992; WESTERMAN et al., 1990).

As contrarreferências geralmente contêm detalhes clínicos padronizados e pouca ou nenhuma consideração importante sobre o diagnóstico, tratamento ou informações transmitidas ao paciente ou familiares. Além disso, perguntas específicas do generalista raramente são respondidas de forma explícita (GROL et al., 2003).

As razões pelas quais, muitas vezes, os especialistas não enviam documentos de contrarreferência são várias, como observado no estudo de Smith e Khutoane (2009) realizado no *George Mukhari Hospital* (África do Sul). Sobrecarga de trabalho, atraso no atendimento de outros pacientes, logística do serviço de referência e não motivação (financeira) quando em setor público foram alguns motivos apontados. A ilegitimidade de documentos de referência e encaminhamentos desnecessários foram relatados como motivos para a não resposta por parte dos especialistas. Além disso, a impressão que estes têm é que a resposta não chega ao seu destino, pois naquele hospital o paciente é quem deve entregar a resposta diretamente ao generalista. Apesar disso, todos os especialistas têm ciência que deveriam enviar a contrarreferência, e não somente quando é necessário passar instruções ao nível primário para a continuidade do tratamento.

Situação semelhante foi reportada por Harris et al. (2007) entrevistando 10 médicos de diferentes especialidades no município de Camaragibe (Pernambuco, Brasil), com objetivo de identificar os obstáculos que interferiam na utilização da contrarreferência pelos especialistas. A maioria deles compreendia os benefícios oferecidos pelos documentos de contrarreferência, apesar de não os utilizarem rotineiramente. As justificativas para isso foram diversas, com fatores extrínsecos e intrínsecos envolvidos, podendo ser divididos em: organização do espaço de trabalho, inibição para a comunicação, isolamento profissional e o perfil da educação médica. Entretanto, a insatisfação com a forma ou qualidade dos documentos de referência não foi um achado que explicasse a pouca utilização da contrarreferência. Ao invés disso, a necessidade de maior familiaridade com os generalistas, de maior proatividade na organização do sistema municipal de saúde, e o sentimento de falta de preparo - devido à formação médica - para a continuidade dos cuidados em saúde foram as causas detectadas para a não adoção de documentos de contrarreferência como forma de comunicação entre os níveis primário e secundário de atenção.

Berendsen et al. (2006), através de um estudo qualitativo, analisaram o ponto de vista de especialistas a respeito de suas práticas colaborativas com os generalistas. Dezoito especialistas participaram do

estudo (12 clínicos gerais, 4 cirurgiões e 2 radiologistas) através de entrevista semiestruturada. Os motivos mais importantes levantados pelo estudo para os especialistas trabalharem de forma colaborativa com os generalistas foram: (i) a regulação do fluxo de pacientes, pois a resolução de problemas de pacientes na atenção primária diminui a necessidade de consultas especializadas e, assim, há redução no tempo e na lista de espera para atendimento especializado; (ii) troca (ou compartilhamento) de conhecimento (ou de experiências) entre os profissionais; (iii) a relação entre os profissionais, pois relataram a importância de se conhecer o generalista para uma relação mais fácil e prazerosa; e (iv) motivação recíproca, com trabalho em conjunto para encontrar soluções. Uma das opiniões dos especialistas foi a de que o paciente deveria ser tratado por uma equipe qualificada, possivelmente com o generalista no centro do cuidado, mas para isto todos os envolvidos compartilham objetivos em comum. Além disso, os especialistas relataram que a relação com os generalistas está se tornando mais distante, e isso pode ser tanto pelo fato de os generalistas estarem mais ocupados, quanto pelas mudanças no perfil da atenção primária. Adicionalmente, os especialistas gostariam que a qualidade dos encaminhamentos melhorasse, tendo demonstrado grande interesse nesta relação colaborativa, já que o acesso do paciente à atenção especializada ocorre através dos generalistas.

Em outro estudo qualitativo, Berendsen et al. (2007) analisaram, por entrevistas, a opinião de 21 generalistas a respeito de modelos colaborativos entre generalistas e especialistas, além dos tradicionais contatos telefônicos e documentos de referência. Todos os generalistas consideraram como essencial a relação colaborativa com os especialistas, pois partilham da responsabilidade e do cuidado do paciente. A maioria dos entrevistados relatou que a colaboração entre os profissionais é facilitada quando eles se conhecem, tornando a comunicação mais agradável, sincera e fácil, além da melhor compreensão acerca do método de trabalho de cada um. Adicionalmente, referiram querer ser considerados tão competentes quanto os especialistas e com o mesmo nível de respeito; também consideraram importante a compreensão, pelos especialistas, dos métodos e competências dos generalistas. Uma razão apontada pelos generalistas para atuar de forma colaborativa foi o aumento de seus conhecimentos, com benefício aos pacientes. Os entrevistados também relataram ser motivante o desenvolvimento de novas iniciativas conjuntas, criando um ambiente de trabalho prazeroso com a corresponsabilidade do cuidado ao paciente. Ponderaram que projetos

deveriam ser desenvolvidos para um fim comum entre os profissionais, e não somente para suprir as necessidades dos especialistas. Entretanto, os participantes enumeraram três impedimentos para o desenvolvimento de formas de colaboração: (i) alguns relataram que mudanças não seriam necessárias, pois o nível de colaboração já era considerado excelente; (ii) o tempo necessário para o desenvolvimento de novas práticas; e (iii) experiências passadas negativas com diferentes modelos de colaboração. Os autores reforçaram que o estabelecimento de relação pessoal entre os profissionais é frequentemente considerado fundamental para melhorar a comunicação, confiança e colaboração no cuidado ao paciente.

A comunicação entre generalistas e especialistas no processo de referência de pacientes tem sido classificada como inadequada em diversos estudos (GANDHI et al., 2000; HODGSON et al., 2006; IBIYEMI; IBIYEMI, 2012) em termos de qualidade (GANDHI et al., 2000; HODGSON et al., 2006; IBIYEMI; IBIYEMI, 2012), tempo (GANDHI et al., 2000) e conteúdo (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012). Compreender os problemas e desafios que envolvem a comunicação entre os profissionais deve ser a primeira etapa para melhorar o processo de referência (GANDHI et al., 2000).

Berendsen et al. (2009) analisaram o valor que generalistas e especialistas atribuíam à sua comunicação através da aplicação de questionários a 259 generalistas e 232 especialistas. Apesar da maioria dos generalistas (82,7%) considerarem as contrarreferências de boa qualidade, somente 29,1% dos especialistas percebiam as referências desta forma. Apenas um quarto dos generalistas (22,5%) considerou que as contrarreferências eram respondidas em tempo oportuno; por outro lado, 61,8% dos especialistas consideraram apropriado o tempo de envio de suas respostas. Houve contradição, também, na opinião sobre o cumprimento, por parte dos generalistas, das recomendações feitas pelos especialistas: 92,2% dos generalistas afirmaram segui-las, mas somente 49,5% dos especialistas concordaram com essa afirmação. Ambos consideram importante o recebimento de *feedback* de seus colegas; contudo, reportaram que este *feedback* é realizado mais frequentemente pelos especialistas do que pelos generalistas. Os autores afirmaram que as dificuldades na comunicação entre generalistas e especialistas não são percebidas uns pelos outros, e que, apesar deste problema ser conhecido há tempos, talvez essa falta de interação o perpetue.

Westerman et al. (1990) avaliaram a qualidade da comunicação nos documentos de referência e contrarreferência dos Departamentos de Medicina Interna, Neurologia, Gastroenterologia e Dermatologia no *Free University Hospital* (Amsterdan). Cento e quarenta e quatro

referências e suas respectivas contrarreferências foram analisadas aos pares por 4 generalistas e 4 especialistas (um de cada especialidade), resultando um total de 1152 julgamentos de acordo com critérios pré-estabelecidos. Somente 39,5% dos documentos de referência (455 documentos) foram considerados bons ou excelentes, sendo a maioria classificada como de baixa qualidade; ao contrário, 78,6% das contrarreferências (905 documentos) foram consideradas boas ou excelentes. Metade dos generalistas foi explícita sobre o motivo do encaminhamento, mas apenas poucos deles solicitaram o retorno do paciente após a consulta com o colega. Em 55 a 60% dos casos, considerou-se que os especialistas responderam muito bem aos generalistas no que se refere ao motivo do encaminhamento, além de disponibilizarem um resumo dos achados objetivos e subjetivos, da avaliação do paciente e do plano de tratamento. Finalmente, houve concordância que 50 a 60% dos pares de documentos forneceram um bom entendimento dos casos clínicos. Os autores concluíram que melhorias na comunicação sempre podem ser alcançadas, e que uma boa estratégia para isso seria a mensuração das respectivas deficiências.

De acordo com Foot, Naylor e Imison (2010), a referência é considerada um ponto-chave para os generalistas, sendo realizada para o estabelecimento ou confirmação do diagnóstico, tratamento da doença, realização de testes específicos não disponíveis na atenção primária e segunda opinião no manejo do paciente. O processo de referência envolveria corresponsabilidade entre profissionais da saúde. Segundo os autores, referências de alta qualidade deveriam considerar os seguintes pontos: (i) a necessidade (pacientes encaminhados somente quando necessário, sem perda de tempo); (ii) o destino (pacientes referenciados ao local mais apropriado); e (iii) o processo (condução do processo de referência). Para que este último seja bem conduzido, as investigações necessárias deveriam ser realizadas antes do encaminhamento do paciente e os documentos de referência deveriam conter as informações necessárias, em um formato acessível. Intervenções educacionais e o desenvolvimento de roteiros são algumas das intervenções que poderiam melhorar a qualidade da referência. Além disso, mecanismos e incentivos para melhorar a comunicação entre generalistas e especialistas deveriam ser explorados, já que uma boa relação facilita a troca de informações e oferece oportunidades de aprendizado, servindo de base para diagnósticos e referências de alta qualidade (FOOT; NAYLOR; IMISON, 2010).

Gandhi et al. (2000) levantaram que a forma mais comum de troca de informações entre os profissionais do *Brigham and Women's*

Hospital (Boston) foi através de documentos de referência. Entretanto, 28% dos generalistas estavam insatisfeitos com o conteúdo dos documentos que enviavam e recebiam, enquanto 11% dos especialistas encontravam-se insatisfeitos com o conteúdo de seus documentos e 43% deles com o conteúdo daqueles que recebiam. Os especialistas relataram que as informações mais importantes nos documentos de generalistas seriam: (i) os problemas a serem resolvidos, (ii) questões clínicas a serem respondidas, (iii) detalhes improváveis de serem fornecidos pelo paciente, (iv) doenças existentes e (v) medicações em uso; entretanto, os generalistas afirmaram que dificilmente incluíam estas informações. Por outro lado, os generalistas relataram ter importância nos documentos de contrarreferência: (i) a resposta a questões específicas, (ii) a avaliação do especialista sobre o paciente, (iii) os resultados de exames e procedimentos realizados e o (iv) o tratamento proposto e instituído; da mesma forma, os especialistas afirmaram que normalmente não incluíam essas informações. Os autores salientaram que a falta de informações relevantes provavelmente ocorre devido ao tempo escasso para execução da tarefa de escrita dos documentos, já que ambos os grupos relataram a necessidade de tempo hábil para elaborar um documento de referência adequado.

Tattersall et al. (2002), através de uma revisão de literatura, levantaram que o problema mais comum nos documentos de referência era a falta do relato sobre investigações prévias e o detalhamento insuficiente das informações. Em contrapartida, a omissão sobre tratamentos propostos, resultados esperados e problemas psicossociais envolvidos eram comuns nos documentos de contrarreferência. Desenvolveram, então, um treinamento com especialistas em Oncologia sobre a forma considerada mais adequada para redigir as contrarreferências. Finalmente, elaboraram um roteiro com os itens considerados importantes pelo *Royal Australian College of General Practitioners*, o qual foi utilizado durante todo o treinamento. Os autores demonstraram um aumento significativo do conteúdo destes documentos depois do treinamento e a satisfação dos respectivos destinatários. Afirmaram, ainda, que há claras vantagens em se usar um formato estruturado para documentos de referência e contrarreferência, e que estes formatos estruturados têm o potencial de melhorar a qualidade da comunicação entre generalistas e especialistas.

Ferreira et al. (2010), ao avaliarem aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador na organização do Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto – São Paulo, observaram que o problema mais prejudicial para a ação regulatória de consultas médicas

foi o dado clínico incompleto. Os autores observaram que uma boa descrição clínica facilitava o trabalho dos reguladores, além de permitir a identificação, nos encaminhamentos, de alguns casos que não necessitavam ser primariamente encaminhados, e sim atendidos na atenção primária. Os autores ressaltaram a importância dos documentos de referência e seu conteúdo informacional para a prática regulatória.

Jiwa et al. (2009) em um estudo nos dois principais hospitais metropolitanos de Perth (Austrália) tiveram três objetivos: (i) classificar a qualidade dos documentos enviados à clínica de Gastroenterologia; (ii) comparar, por escores, os sintomas relevantes nos documentos com o diagnóstico final; e (iii) solicitar a 4 especialistas a opinião sobre o conteúdo dos documentos no impacto da marcação de consultas. O diagnóstico final do paciente e a urgência do encaminhamento também foram registrados. O total de 207 documentos foi selecionado para a análise da qualidade e de 42 documentos para a avaliação da opinião dos especialistas. Os especialistas concordaram sobre as documentos que provavelmente continham doenças graves, assim como na proporção daquelas que continham dados relevantes dos generalistas. Entretanto, não houve concordância nos casos que poderiam ser triados somente com os documentos de referência. Os autores observaram que os pacientes encaminhados como “urgente” não foram os mais sintomáticos (informação considerada importante), além de que não houve associação entre a qualidade do documento de referência e diagnóstico histopatológico da lesão. Afirmaram que dados detalhados seriam essenciais para que a priorização de atendimento fosse realizada, e que o agendamento de consultas poderia não ser adequadamente efetuado nos casos urgentes que fossem encaminhados com documentos de referências breves ou incompletos.

Um dos objetivos do estudo conduzido por White et al. (2004) foi avaliar a qualidade dos documentos de referência para lesões supostamente malignas encaminhados por dentistas generalistas ao serviço de Medicina Oral do *Birmingham Dental Hospital* (Inglaterra, Reino Unido). Os documentos que continham as características de interesse (mancha vermelha/branca, aumento de volume ou úlcera) foram classificadas em dois grupos, de acordo com seu conteúdo: (i) Grupo A – incluía os documentos que continham informações gerais básicas e detalhes mais específicos; e (ii) Grupo B – incluía os documentos contendo somente informações gerais básicas. Para serem incluídas no Grupo A os documentos teriam que atingir um escore pré-determinado, sendo então considerados “boas referências”. As pontuações mais altas para determinação do escore foram atribuídas à

descrição detalhada da lesão (em relação ao aspecto salpicado, espessura, textura, margem em rolete), detalhes básicos de descrição (coloração, localização e se ulcerada) e fatores de risco do paciente. Outras informações incluíam detalhes do manejo (uso de medicações/bochechos, realização de biópsia ou outro procedimento), data de nascimento e número de telefone do paciente. Dos 64 documentos selecionados, 30 foram alocados no Grupo A e 34 no Grupo B. A maior diferença entre os grupos foi na descrição da lesão, pois enquanto o grupo A forneceu maior detalhamento, o grupo B forneceu informações muito básicas (não atingindo o escore mínimo). Em síntese, os itens básicos essenciais para um documento de referência foram incluídos pela maioria dos participantes, todavia, para um julgamento adequado de lesões supostamente malignas, mais informações seriam necessárias, como a descrição detalhada da lesão (aproximadamente metade dos documentos não continha tal detalhamento). Os autores ponderaram que a maioria dos profissionais do Grupo A tinha sido graduado recentemente e pela Universidade de Birmingham, enquanto aqueles do Grupo B eram graduados há mais tempo e provindos de outras escolas.

Baseados no formulário estabelecido pelo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, de 1998, com as recomendações mínimas para a comunicação entre atenção primária e secundária, Moloney e Stassen (2010) avaliaram a qualidade dos documentos de referência recebidos no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial do *Dublin Dental School and Hospital* (Irlanda). Cem documentos de referência consecutivos foram avaliados considerando as seguintes categorias: (i) detalhes do paciente, (ii) detalhes do profissional solicitante, (iii) detalhes do registro profissional, (iv) informações clínicas fornecidas, (v) questões sociais e (vi) escrita legível e compreensível. Dados dos pacientes, como nome, endereço e data de nascimento, foram considerados satisfatórios. Entretanto, o gênero foi relatado em somente 55% dos documentos, e o número do telefone em apenas um de cada cinco documentos. Os dados do profissional solicitante (nome, endereço e telefone) foram quase 100% registrados, com exceção de fax e e-mail. O registro do profissional não foi relatado em nenhum documento. Frequentemente os documentos não continham as informações clínicas dos pacientes. O relato da queixa principal esteve ausente em 43% dos documentos e o histórico da queixa em 78%; os autores afirmaram que é impossível priorizar atendimentos sem estas informações. Além disso, somente 51% dos documentos continham informações sobre os achados clínicos e apenas 20% relataram resultados de exames. Somente 34%

registraram o histórico médico, 9% o uso de medicação e 2% informações adicionais, como alergias. No que se refere às questões sociais, os autores defenderam que quando não houvessem questões relevantes a serem relatadas, isso também deveria ficar registrado de forma clara. Os autores ponderaram que o termo “lesão” usado de forma não específica (ou seja, sem nenhuma outra característica descritiva, como tamanho, forma, consistência, coloração e ulceração) torna impossível a avaliação da referência. Por fim, nenhum dos documentos estava completamente preenchido de acordo com o *SIGN*, e, ainda, informações clínicas essenciais foram frequentemente omitidas.

Buscando avaliar a opinião de consultores³ nigerianos a respeito da qualidade dos documentos de encaminhamento, Arigbede e Dosumu (2010) aplicaram um questionário estruturado em quatro centros de atenção terciária em Odontologia (hospitais universitários). O questionário foi dividido em três partes, solicitando: (i) a percepção sobre a qualidade dos encaminhamentos recebidos (excelente, boa, adequada ou pobre); (ii) os tópicos que seriam relevantes, dentre várias opções disponíveis, para um encaminhamento de qualidade; e (iii) rapidez na resposta, recebimento da contrarreferência e formação dos acadêmicos para a escrita dessas referências. Dentre os 40 questionários respondidos, a maioria (22,9%) considerou como “pobre” os documentos de referência recebidos. Os itens considerados mais relevantes para estarem incluídos nos documentos foram, em ordem decrescente: nome do paciente, medidas tomadas pelo profissional até o momento do encaminhamento, data do encaminhamento, histórico e descrição precisa das queixas do paciente. As respostas aos encaminhamentos foram consideradas, pelos consultores, frequentemente rápidas (37,5%), mas o documento de contrarreferência dificilmente foi efetuado (32,5%); além disso, a opinião dos participantes em relação ao ensino foi de que dificilmente os estudantes são ensinados a escrever documentos de referência (32,5%), e isso poderia explicar a baixa qualidade encontrada ser um problema crescente na referência de pacientes naquele serviço.

³ Consultores: traduzido do inglês “*consultants*”. O termo refere-se a profissionais que fornecem trabalho especializado em áreas específicas (<http://en.wikipedia.org/wiki/Consultant>), mas que não trabalham diretamente na prática clínica, e sim como administradores, coordenadores ou peritos (<http://www.wisegeek.com/what-is-a-dental-consultant.htm>). Com este enfoque, talvez seja possível fazer uma relação entre o trabalho desenvolvido por esses consultores e pelos reguladores do sistema de saúde público brasileiro.

Outro estudo também desenvolvido na Nigéria (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012) buscou verificar a qualidade e o conteúdo dos documentos de referência de unidades de saúde da periferia para o Centro de Odontologia do *University College Hospital* (Ibadan). Durante um ano, os documentos recebidos de unidades de atenção primária e secundária foram analisados utilizando um questionário estruturado. Do total de 134 documentos, a maioria foi enviada por médicos (85,4%), seguido de cirurgiões-dentistas (13,2%) e de técnicos em enfermagem (1,4%). O nome dos profissionais não constava em 44% dos encaminhamentos feitos por médicos e em 27% dos encaminhamentos feitos por dentistas. O principal motivo para o encaminhamento foi a falta de instalações adequadas para o tratamento (29,9%), a falta de conhecimento necessário para o cuidado do paciente (22,4%) e a pedido do paciente (20,1%). A maioria dos documentos estava inadequada, com omissão de informações importantes. Em 98,2%, não havia o histórico médico; em 80,8% não havia histórico odontológico; 86,4% dos encaminhamentos não faziam menção a exames já realizados; 57,5% não descreviam os achados clínicos; em 37,8% não foi incluída a suspeita de diagnóstico; 70,6% omitiam informações sobre eventuais tratamentos realizados; e em 22,6%, não foi informado o motivo do encaminhamento.

Orimadegun et al. (2008) avaliaram o conteúdo dos documentos de referência na unidade de emergência pediátrica do *University College Hospital* (Nigéria). Os 974 documentos consecutivos recebidos no período de seis meses correspondia a somente 54,8% de admissões no serviço; os autores levantaram, portanto, que o restante dos pacientes era atendido sem o encaminhamento apropriado. Grande parte dos documentos não continha informações como endereço do solicitante (32,5%), idade do paciente (50,2%), história da queixa atual (36,6%), histórico médico (86,1%), achados clínicos (47,9%), resultados de exames (78,3%), tratamento ou intervenções realizadas (57,2%), hipótese diagnóstica (38,6%), expectativa do solicitante (95,6%) e motivo do encaminhamento (23,9%). Os autores afirmaram que a maioria dos documentos não continha o conteúdo considerado mínimo pelos especialistas, e sugeriram que a introdução de um formulário poderia melhorar o processo de referência.

A falta de informações sobre o histórico médico dos pacientes encaminhados para um serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial foi reportada por DeAngelis, Chambers e Hall (2010). Foram avaliados 54 pacientes (a maioria encaminhada por dentistas e médicos generalistas). Os pacientes foram submetidos a uma consulta

inicial para levantar o histórico médico; após, os dados obtidos foram comparados aos dados contidos nos encaminhamentos. Somente 29,6% dos encaminhamentos continham todo o histórico médico relevante dos pacientes, sendo, na média, o encaminhamento médico mais completo (62,4%) do que aqueles realizados por dentistas (55,2%). Os itens mais registrados nos encaminhamentos foram a tendência ao sangramento, o uso de bisfosfonatos e diabetes; um dos itens menos reportados (33,3%), especialmente pelos dentistas (0%), foi a história pregressa de câncer de cabeça e pescoço e radioterapia. O mais preocupante, na visão dos autores, foi que em 22,2% dos encaminhamentos o histórico médico era inexistente. Os autores concluíram que a história médica nos documentos de referência deve ser considerada, no melhor dos casos, como incompleta, e avaliaram não haver grandes mudanças nos últimos anos neste sentido.

O estudo desenvolvido por Navarro, Onofre e Spoto (2001) avaliou o conteúdo mínimo requerido nos documentos de referência enviados ao Serviço de Medicina Oral da Universidade de Odontologia de Araraquara (UNESP). Os documentos foram analisados através de alguns itens considerados essenciais, que transmitiriam ao regulador informações clínicas necessárias sobre história clínica e motivo do encaminhamento. Estes itens incluíam: (i) identificação do profissional e do paciente, (ii) queixa principal, (iii) exames laboratoriais, (iv) consultas prévias e (v) medicamentos utilizados para o problema. Do total de 263 documentos, 68,6% provinham de serviços públicos, sendo a maioria de dentistas. A maioria dos documentos foi considerada insatisfatória nos itens avaliados, incluindo a ausência do nome do profissional solicitante, endereço e telefone, tornando inviável o contato para discussão do caso, se necessário. Além disso, mais de 50% dos documentos estavam endereçados incorretamente, causando problemas ao paciente e à equipe e, em alguns casos, atrasando o processo de diagnóstico. Dados como endereço, telefone e idade dos pacientes também foram omitidos. Entretanto, os autores afirmaram que detalhes clínicos das lesões foram as principais omissões encontradas nos documentos. O item mais registrado foi o local anatômico acometido (relatado em quase dois terços dos documentos), mas os autores ponderaram que este item sozinho não é suficiente sem outras características clínicas e a queixa principal. Em aproximadamente 80% dos documentos não foram relatadas as descrições das características das lesões bucais, sintomas, diagnóstico clínico e tempo de evolução, sendo estes itens de fundamental importância para o consultor, segundo os autores. Consultas prévias com outros profissionais foram registradas

em somente 2% dos documentos, e a taxa de omissão de informação sobre o uso de medicação prévia foi de 9:1. Nenhum dos documentos relatou sobre a possibilidade de lesão maligna, sendo que algumas delas tiveram esse diagnóstico. Os autores concluíram haver sérias deficiências a respeito de itens considerados essenciais para um bom documento de referência, e sugeriram que documentos-padrão seriam importantes para reduzir a omissão de informações e melhorar a qualidade das referências.

Grol et al. (2003) avaliaram se a melhora nos documentos de referência repercutia para uma melhor documento de contrarreferência. O total de 637 referências e contrarreferências dos departamentos de Medicina Interna, Pneumologia, Neurologia, Ginecologia e Ortopedia foram analisadas. Os documentos de referência deveriam conter dois critérios: (i) informações clínicas (quatro ou mais dos seguintes dados: sintomas do paciente, achados de exames anteriores, realização de outras investigações ou de tratamentos e medicações em uso); e (ii) ao menos uma solicitação específica ao especialista (diagnóstico, tratamento e/ou plano de tratamento). Já os documentos de contrarreferência foram classificados de acordo com a presença de informações clínicas (anamnese, achados clínicos, resultado de exames, diagnóstico, tratamento e plano de tratamento) e considerações clínicas (informações fornecidas ao paciente/família e considerações sobre o diagnóstico e/ou tratamento). Dos documentos de referência, 35% preenchiam o primeiro critério, 59% o segundo e somente 20% ambos os critérios. Já nas contrarreferências, o fornecimento de informações clínicas variou de 62% (informações sobre o tratamento) até 93% (dados de anamnese), sendo o plano de tratamento o item mais relatado (92%) e considerações sobre o tratamento o menos (16%); aproximadamente 80% não continham nenhuma consideração sobre diagnóstico ou tratamento, e muitas das contrarreferências iniciavam com uma repetição da razão (75%) ou dos sintomas (62%) dos documentos de referência. Foi observado que a relação é geralmente fraca entre generalistas e especialistas, além da aparente falta de comunicação/troca de informações entre eles. Mesmo quando o documento de referência continha uma solicitação específica, somente 11% a 14% das contrarreferências forneciam uma resposta explícita; de 20 a 42% não forneciam qualquer resposta. Quando a contrarreferência começava com a repetição da pergunta do generalista, 38% apresentavam resposta explícita. Além disso, quando o documento de referência fornecia as informações clínicas necessárias, as contrarreferências também continham informações e considerações clínicas suficientes. Por outro

lado, quando o generalista solicitava, nos documentos de referência, alguma informação específica, o especialista geralmente fornecia, nas contrarreferências, menos informações além da solicitada. Os autores concluíram que a qualidade de ambos os documentos (referência/contrarreferência) poderia ser melhorada, mas demonstraram que melhores documentos de referência resultaram parcialmente em melhores contrarreferências, demonstrando a possível correlação de qualidade entre eles.

A comunicação entre profissionais através de documentos de referência e contrarreferência foi avaliada também por Campbell et al. (2004). Questionários foram enviados a generalistas de *Exeter* e *Newcastle* (Inglaterra) e consultores de dois hospitais da região, sobre o conteúdo que consideravam importante para estar contido nos documentos de referência e contrarreferência. de acordo com itens pré-estabelecidos em um estudo prévio (NEWTON; ECCLES; HUTCHINSON, 1992). Um total de 304 respostas foi recebido de generalistas e 174 de consultores, que foram comparadas ao estudo prévio. Na visão dos generalistas, grande importância foi atribuída à história médica do paciente e aos achados da investigação, diferentemente dos dados coletados em 1992. A história médica também foi considerada mais importante do que anteriormente reportado pelos consultores, que da mesma forma consideraram o resumo da história do caso um item importante para se incluir nas contrarreferências. Os autores também avaliaram documentos recentes de dois pacientes, encaminhados por cada profissional, de acordo com os mesmos critérios. Apesar de os generalistas considerarem certos itens importantes nos documentos de referência, a avaliação demonstrou que geralmente eles não os incluem; por outro lado, as contrarreferências normalmente incluem os itens considerados importantes pelos consultores.

Algumas propostas para melhorar a qualidade dos documentos de referência

São complexos os motivos para a variação na qualidade dos documentos de referência, e soluções para melhorar a situação não parecem ser simples (WHITE et al., 2004). Investimento na formação e treinamento de profissionais e o fornecimento de ferramentas de apoio à decisão são citados como formas de melhorar a qualidade do diagnóstico de doenças (FOOT; NAYLOR; IMISON, 2010). Finalmente, para que mudanças efetivas sejam alcançadas é necessário, pelo menos em parte,

que os profissionais trabalhem de forma colaborativa (BERENDSEN et al., 2006).

1) Disponibilidade de roteiros, formulários e guias de práticas clínicas

Couper (2011) afirmou que as universidades não ensinam os alunos sobre a “arte de escrever” e que, portanto, o uso de ferramentas, como um formulário, lembrando aos profissionais o conteúdo necessário para um bom documento de referência, parece ser válido. Completa, ainda, que a qualidade dos documentos de referência é dependente do treinamento e da experiência do profissional.

Ramanayake (2013) reportou que a introdução de um formulário na Clínica de Medicina da Família da Universidade de Kelaniya (Sri Lanka), há um ano, tem obtido bons relatos dos profissionais usuários. De acordo com o autor, o formulário foi desenvolvido com base em roteiros e revisões sistemáticas da literatura, além de ter considerado os problemas locais de referência de pacientes e a opinião de especialistas. O objetivo foi melhorar a qualidade e o padrão dos documentos de referência recebidas no serviço, já que estas frequentemente não continham as informações adequadas, além de pouca clareza e pobre caligrafia. O autor afirmou que esse formulário beneficia tanto os solicitantes (generalistas) quanto seus destinatários (especialistas), e enumerou uma série de vantagens com o seu uso, a saber: (i) economia de tempo tanto para generalistas quanto para especialistas; (ii) haveria certa melhora na habilidade e competência de escrever, assim como na caligrafia e na clareza do texto, em relação aos documentos convencionais (sem apoio de formulário); (iii) inclusão de mais informações importantes, devido ao formato estruturado; (iv) a possibilidade do seu uso para qualquer especialidade, tipo de referência (eletivo, urgência, emergência) e intenção do encaminhamento (segunda opinião, diagnóstico, tratamento); (vi) custo mínimo; e (v) facilidade de realização de pesquisas e avaliações.

Baseado no conceito que *“boa comunicação é essencial para consultas e referências seguras e de alta qualidade”* e considerando que não existia ferramenta para avaliar documentos escritos pelos residentes de Medicina da Família, François (2011) desenvolveu um instrumento para este fim. Baseado-se em uma revisão sistemática da literatura, no consenso de boas práticas na comunicação escrita e em trabalhos anteriores sobre desenvolvimento de ferramentas de avaliação de documentos pelos residentes especialistas, o instrumento desenvolvido

foi testado através de um estudo piloto realizado com 10 educadores de médicos da família da Universidade de Manitoba (Canadá). De acordo com os resultados obtidos e com base em comentários dos avaliadores, foi criada a versão final do instrumento, contendo 18 itens sobre o conteúdo dos documentos, sendo estes avaliados através de variáveis dicotômicas (sim ou não). O autor sugeriu que o instrumento pode ser usado de diversas formas, como, por exemplo, um roteiro aos residentes ao escreverem seus documentos de referência ou ainda como autoavaliação, servindo para os mesmos revisarem seus documentos antes de enviá-los. O mais importante, do ponto de vista do autor, é que o instrumento preencheria uma lacuna no currículo da residência, ajudando os alunos a cumprirem o que, na opinião do autor, é uma das mais importantes tarefas escritas exigidas dos médicos no cuidado primário à saúde: a comunicação escrita.

Navarro et al. (2002) compararam documentos de referência não padronizados (CNP) e documentos de referência utilizando formulários (FOR), recebidos por generalistas no Serviço de Medicina Bucal da Universidade de Odontologia de Araraquara (UNESP). Um total de 662 documentos foi analisado, sendo que destes, 208 FOR (31%) e 454 CNP (69%). Itens como identificação do paciente e do profissional, queixa principal, características da lesão, motivo do encaminhamento, exames complementares, uso de medicação para o problema e consultas prévias com médico ou dentista foram analisados como essenciais para um bom documento de referência. A procedência da maioria dos FOR (87%) foi de serviços públicos, enquanto que no caso das CNP 44% vieram de serviços públicos e 49% de privados. O nome do paciente foi omitido em 6% das CNP, enquanto que em 100% dos FOR constava este dado. Dados como o telefone do paciente foram omitidos nos dois casos; já o endereço do paciente foi registrado em apenas 15% dos FOR e 1% das CNP. A informação de idade foi registrada em mais de 50% dos FOR e em aproximadamente 10% das CNP. Diferenças não estatisticamente significantes foram observadas nos dados de identificação profissional. Apesar de não ter apresentado diferença estatística, o motivo do encaminhamento foi mais informado nas CNP, mesmo este item estando presente no FOR; todavia, exames complementares e consultas prévias foram pouco relatados em ambos os documentos. Todos os itens acerca das características clínicas (lesão fundamental, local acometido, tamanho da lesão, sintomas, tempo de evolução, diagnóstico clínico e queixa principal) foram mais registrados nos FOR, sendo o local acometido o mais frequente. Os autores consideraram que um documento de referência adequado deveria conter claras informações a

respeito de detalhes clínicos, e que isto seria o início do sucesso no tratamento do paciente. Neste estudo, os FOR contiveram maior quantidade de informações em praticamente todos os itens analisados e, portanto, os autores recomendaram o seu uso para o encaminhamento de pacientes.

Snoad et al. (1999) analisaram documentos de referências enviados ao Departamento de Periodontia do *Eastman Dental Institute and Hospital* (Londres), com e sem o uso de um formulário introduzido no serviço desde 1991. De 378 referências selecionadas aleatoriamente, 63 foram enviadas com o formulário. Para a análise dos documentos, os autores criaram um sistema de categorização de acordo com a qualidade do seu conteúdo, a saber: Categoria A) todos os detalhes presentes, definido como padrão-ouro; Categoria B) contem os requisitos mínimos necessários para uma referência; Categoria C) contem informações que fornecem alguma indicação sobre a necessidade de encaminhamento; Categoria D) contem inclusão do diagnóstico e/ou uma lista de sintomas, sem detalhes adicionais; Categoria E) encaminhamento efetuado para a especialidade de forma equivocada; Categoria F) referência efetuada para resolução de problemas não relacionados a doenças (frenectomia, aumento de coroa clínica, etc.). A Categoria C foi considerada o padrão mínimo aceitável. Somente 35,5% dos documentos foram classificados como “aceitáveis”, sendo 64,5% “inaceitáveis”. A maioria delas foi enquadrada na Categoria D e nenhuma categorizada como A ou B, refletindo a qualidade geral dos documentos de referência. Com o uso do formulário, 65,1% dos documentos foram considerados aceitáveis, em contraste com apenas 29,7% dos documentos convencionais. Isso sugere que um formulário pode melhorar a qualidade dos documentos de referência, permitindo que contenham as informações mínimas necessárias para que a referência seja realizada, o especialista determine a prioridade do caso e entre em contato com o paciente. Nos documentos convencionais, a tendência foi a de que profissionais recentemente graduados tivessem um melhor desempenho; já com o uso do formulário, o desempenho foi mais homogêneo, independente do tempo de formado.

Uma pesquisa (DJEMAL; CHIA; UBAYA-NARAYANGE, 2004) investigou a qualidade das informações contidas em documentos de encaminhamento feitos por dentistas generalistas à clínica de Dentística Restauradora do *The Royal London Dental Hospital*, comparadas com as informações em um formulário. Após consenso, fez-se uma lista com os dados considerados mínimos para estarem contidos em um documento de referência à especialidade. Esta lista foi composta

por informações gerais do paciente (dados administrativos), detalhes clínicos (história médica, tabagismo, sinais e sintomas, duração dos sintomas, diagnóstico e tratamento já realizado) e informações adicionais (radiografias realizadas, motivo do encaminhamento e encaminhamentos anteriores). Os encaminhamentos recebidos que necessitavam de mais detalhes foram reenviados aos remetentes, anexados a um formulário a ser preenchido, criado para este fim. Após, os 100 documentos e formulários foram comparados, e foi possível observar um aumento de 29,3% em dados completos preenchidos com o formulário. Também se verificou maior preenchimento de dados como história médica, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento realizado e motivo do encaminhamento com o uso do formulário; em contrapartida, nos itens referentes a dados administrativos (exceto nome do paciente e número de telefone) observou-se um menor preenchimento. Os autores sugeriram que o uso do formulário diminui o número de encaminhamentos inadequados, e que a redução de alguns dados administrativos pode ser atribuído ao fato de o formulário ter sido anexado ao documento anterior, o qual já continha esses dados, poupando trabalho repetido. Os autores salientaram a importância da comunicação entre generalista/especialista, defendendo que o uso de um formulário para o encaminhamento dos pacientes pode melhorar a qualidade e quantidade de informações fornecidas.

Shaffie e Cheng (2012) avaliaram, comparativamente a um padrão-ouro, 100 documentos de referência enviados a um serviço de Cirurgia Oral. Observaram, então, os itens nos encaminhamentos que precisavam ser melhor registrados. Com isso, criaram um formulário e, juntamente com um guia de orientações, enviaram aos 40 dentistas que mais referenciavam pacientes para o serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade e quantidade de informações essenciais ao processo de referência. Após algum tempo, outras 100 amostras aleatórias foram coletadas e analisadas de acordo com o mesmo padrão-ouro, comparando as amostras iniciais e finais. Os resultados obtidos mostraram que a criação de um formulário, de acordo com padrões preestabelecidos, propiciou melhora significativa no detalhamento das informações nos documentos de referência. Com isso, concluíram ser possível melhorar a qualidade das referências com o uso de um formulário, e que a distribuição de um guia explicativo de como preenchê-lo adequadamente diminuiu a quantidade de devoluções de documentos de referência por estarem incorretos ou incompletos. Estes mecanismos proporcionaram melhor comunicação entre os níveis de atenção e evitaram a descontinuidade do tratamento do paciente,

podendo potencialmente oferecer o melhor serviço possível aos pacientes aumentando sua satisfação.

Em uma revisão sistemática da literatura, Akbari et al. (2008) analisaram 17 estudos avaliando se a educação de profissionais da saúde, mudanças na organização ou no sistema de referência, ou ainda mudanças no financiamento dos encaminhamentos, poderiam melhorar o processo de referência de pacientes à atenção secundária. Apesar de poucas intervenções terem sido rigorosamente avaliadas (pois a qualidade metodológica e a quantidade e a avaliação limitadas dos estudos comprometiam a análise), os autores puderam tirar algumas conclusões, como por exemplo: (i) que a distribuição passiva de roteiros para referência não parece propiciar mudanças comportamentais; (ii), por outro lado, a disseminação local e a implementação de atividades educacionais com o envolvimento de consultores parecem apresentar melhores resultados; e (iii) que houve melhora na qualidade do processo de referência quando roteiros foram distribuídos junto com formulários em papel, que podiam ser incluídos no documento de referência. Estes formulários são *checklists* para serem preenchidos e usados no momento da referência, contendo elementos importantes de investigação e manejo do paciente na atenção primária, servindo, portanto, para verificar se toda a investigação foi realizada antes de encaminhar o paciente. Os autores ponderaram, entretanto, que estes formulários foram utilizados para condições específicas de saúde, além de que somente metade dos pacientes foi encaminhada com o formulário completamente preenchido; se utilizados para uma ampla gama de doenças, poderiam representar potencial problema de sobrecarga no processo de referência de pacientes. Com base nos estudos avaliados, os autores concluíram que intervenções para melhorar o processo de referência podem influenciar no manejo do paciente na atenção primária e secundária, na qualidade e quantidade de encaminhamentos, no fluxo de pacientes no sistema, no resultado do tratamento, na satisfação dos pacientes e na melhor utilização dos recursos. Entretanto, nenhum estudo avaliou todos estes aspectos de maneira conjunta, o que demonstra a complexidade de realização de pesquisas nessa área. Os autores reforçaram que o potencial de roteiros ou formulários melhorarem o encaminhamento de pacientes estaria na dependência do envolvimento de especialistas nas atividades educacionais, da utilização conjunta de formulários, da responsabilidade da atenção secundária por mudanças comportamentais na atenção primária e dos roteiros e formulários refletirem os problemas e condições locais.

Através de uma revisão sistemática da literatura, Berta et al. (2008) propuseram um formato estruturado de documento de referência para auxiliar na coordenação do cuidado de pacientes adultos asmáticos em Ontário (Canadá). Dos 24 estudos selecionados na revisão, levantaram-se 74 itens considerados importantes na transferência de informações para o cuidado do paciente asmático. Com o auxílio de especialistas (*experts*), dos 74 itens, 24 foram considerados elementos essenciais mínimos para a confecção de documentos de referência de alta qualidade. Os *experts* ressaltaram que a falta destes itens mínimos acarretaria em atrasos no cuidado e tratamento do paciente e, conseqüentemente, causaria frustração de pacientes e profissionais. Os autores reforçaram, ainda, que estes itens foram estruturados em um formato que poderia ser facilmente modificado para se adequar à referência de outras doenças crônicas.

A existência de formulário não garante, no entanto, a qualidade do processo de referência. Chetcuti, Farrugia e Cassar (2009) relataram que para o encaminhamento de pacientes à clínica vascular do *Mater Dei Hospital* (Malta) era necessário o preenchimento de um formulário existente há muitos anos e usado para todas as clínicas e especialidades. Os autores avaliaram a qualidade das informações fornecidas pelos generalistas a partir da análise de 100 referências consecutivas à clínica vascular. Além dos dados de informação do paciente e do médico generalista, foi levantada a indicação para a referência e informações clínicas relevantes para a especialidade (fatores de risco para doenças arteriais, tabagismo, medicamentos, exercícios físicos, dados de frequência cardíaca). O único dado presente em todas as referências foi o nome do paciente. Em muitos casos não havia registro de número de identidade (9%), endereço (13%), contato telefônico (64%) e registro do profissional que referenciava (22%). A indicação da necessidade do encaminhamento não foi preenchida em 16% dos casos, e em 60% não havia informação sobre frequência cardíaca periférica. Informações sobre hipertensão, diabetes, tabagismo e hipercolesterolemia somente foram disponíveis em 28%, 46%, 20% e 15%, respectivamente. E somente 30% de todas as referências estavam parcialmente legíveis. Os autores concluíram, pela insuficiência no preenchimento dos dados pelos generalistas, que informações essenciais inexistiam ou estavam incompletas, e que o uso de um mesmo formulário para todas as especialidades pode ter contribuído para este resultado. Os autores sugeriram que o uso de um formulário específico para o encaminhamento à clínica vascular poderia melhorar a qualidade dos dados fornecidos.

Clarke et al. (2010) realizaram uma revisão sistemática para avaliar se o uso de roteiros melhorava a referência de cirurgias eletivas em adultos. Vinte e quatro estudos para referência em Cirurgia Ortopédica, Urologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Oftalmologia foram incluídos na análise. Os estudos foram contraditórios a respeito do efeito dos roteiros no aprendizado de generalistas, mas todos aqueles que avaliaram o seu uso na realização do diagnóstico relataram melhora. Os autores relataram que não puderam obter conclusões do impacto dos roteiros no processo de referência, apesar de que muitos estudos afirmaram redução do tempo de espera para a cirurgia. Os autores sugerem, entretanto, que o uso de roteiros parece melhorar a referência para cirurgias eletivas devido à melhora na investigação pré-diagnóstico.

O guia nacional de práticas clínicas para o encaminhamento de pacientes com suspeita de câncer de cabeça e pescoço do Reino Unido foi avaliado por Hodgson et al. (2006). O guia de práticas clínicas era composto por nove tópicos considerados urgentes para o encaminhamento: (i) mancha vermelha/vermelha e branca na mucosa oral; (ii) ulcerações na mucosa por mais de três semanas; (iii) massas cervicais por mais de três semanas; (iv) mobilidade dental não explicada e não associada à doença periodontal; (v) neuropatias cranianas; (vi) disfagia por mais de três semanas; (vii) rouquidão por mais de três semanas; (viii) massas orbitais; (ix) obstrução nasal unilateral associada à drenagem purulenta. No total, 487 documentos de referências foram classificados de acordo com seu conteúdo como “lesões potencialmente malignas” e, destes, 241 foram selecionados aleatoriamente e analisados. Somente em 18 deles a suspeita diagnóstica prévia foi confirmada. Além disso, a identificação de três carcinomas e duas displasias severas não foi levantada nos documentos de referência através do guia de práticas clínicas, sendo identificados como “dor orofacial”. A maioria dos documentos de referência provinha de dentistas generalistas (71%), entretanto, nenhum continha a informação de “doença potencialmente maligna”. Os autores sugeriram que graduandos e pós-graduandos poderiam ser envolvidos neste problema, encorajando os dentistas generalistas a discutir os casos por telefone e enviando foto digital da lesão junto com os documentos de referência. Além disso, reforçaram a necessidade da formação de graduandos e pós-graduandos para as características de um bom documento de referência. Os autores concluíram que a introdução do guia de práticas clínicas foi um importante passo para generalistas identificarem pacientes com malignidades. No período de um ano, 85% das malignidades e displasias

foram identificadas no serviço com o uso do guia, e isso pode ter melhorado pela inclusão do critério “dor persistente”.

Entretanto, o uso de guias nem sempre se mostra efetivo para melhorar o processo de referência. O’Brien et al. (2000), através de um estudo controlado randomizado, avaliaram a eficácia de guias no processo de referência para tratamento ortodôntico em *Manchester* e *Stockport* (Inglaterra). Os guias foram desenvolvidos com base na literatura e em discussões com profissionais que os utilizariam (6 generalistas, 3 especialistas em ortodontia e 6 consultores em ortodontia), sendo que a versão final continha informações sobre conscientização do paciente para seu problema e motivação para o tratamento, condição de higiene bucal e presença de cárie, e a necessidade de tratamento ortodôntico. Os autores também desenvolveram um material educativo para ser distribuído aos pacientes, contendo informações sobre a necessidade de tratamento ortodôntico, requisitos e cuidados no uso de aparelhos e compromisso com o tratamento. Os guias foram distribuídos, então, aos dentistas generalistas com informações sobre sua importância e sobre a metodologia utilizada para desenvolvê-lo. Além disso, cada dentista foi convidado para um seminário de discussão do guia com a equipe desenvolvedora. Os autores também desenvolveram estratégias para implementação dos guias, preparando-os de forma a facilitar o seu uso por cirurgiões, usando estratégias para o fornecimento (aos dentistas) do *feedback* de pacientes a respeito das consultas, o envio de questionários aos dentistas para levantar suas opiniões sobre o guia e certificar de que os mesmos o leram, e o reenvio do guia juntamente com um formulário de pesquisa para coletar a percepção dos dentistas após 6 meses. Dois grupos randomizados foram criados, sendo o primeiro com 62 dentistas que receberam o guia e o segundo com 61 que não o receberam; os ortodontistas não tinham conhecimento de quais dentistas tiveram acesso ao guia. Os autores também coletaram dados de encaminhamentos realizados antes da distribuição e implantação dos guias. Apesar de a percepção dos dentistas ter sido positiva em relação ao guia no primeiro momento e seis meses após, os resultados não mostraram diferença estatística na proporção de encaminhamentos inadequados entre os grupos. Pacientes encaminhados por dentistas com o guia apresentaram maior conhecimento a respeito do motivo da referência, apesar deste grupo ter apresentado maior taxa de absenteísmo (ambos com diferença estatística). Os autores concluíram ter sido decepcionante o fato de o guia não surtir o efeito esperado. Entretanto,

afirmaram que o estudo aumentou o conhecimento sobre a interface da atenção primária e secundária em Odontologia.

Moloney e Stassen (2010), ao avaliarem a qualidade dos documentos de referência com base em um formulário, sugeriram o seu uso, e ainda afirmaram que a ideia seria o formulário ser baixado de sítios eletrônicos (*sites*) específicos na Internet.

Para modificar a prática da escrita, portanto, uma alternativa seria o treinamento de habilidades necessárias para determinar quais informações seriam adequadas e convenientes a serem incluídas nos documentos de referência. Outra alternativa seria a utilização de formulários ou roteiros, com o objetivo de melhorar o processo de referência. Finalmente, o contato entre o profissional que referencia e o consultor poderia ser um importante fator na melhoria dos documentos de referência (IBIYEMI; IBIYEMI, 2012).

2) Referências eletrônicas

Para Chetcuti, Farrugia e Cassar (2009), a comunicação por via eletrônica poderia facilitar e melhorar a qualidade dos encaminhamentos, apesar de também pressupor uma ligação adequada, concisa e eficiente entre os profissionais. Entretanto, dados confidenciais do paciente e a forma de proteção destes dados podem limitar o uso dessas tecnologias.

Uma pesquisa via internet foi realizada por Kim et al. (2009) para melhor compreender a experiência dos generalistas com a implantação de um sistema eletrônico para a referência de pacientes ao *San Francisco General Hospital and Trauma Center* (Estados Unidos). Este sistema eletrônico foi integrado ao sistema de saúde já existente, com dados demográficos e clínicos, triagem dos encaminhamentos centralizada por especialidade e possibilidade de comunicação entre os profissionais. As hipóteses levantadas pelos autores eram que as referências eletrônicas melhorariam os atendimentos clínicos, os encaminhamentos de pacientes não urgentes e a satisfação dos generalistas. Questionários foram enviados aos profissionais da atenção primária com acesso ao sistema eletrônico, com objetivo de avaliar seu impacto na prática e cuidado clínicos antes e depois de sua implantação. Através de 298 questionários, a referência eletrônica foi considerada melhor do que métodos anteriores por 72% dos participantes, com relatos de melhora na comunicação e diminuição do tempo de espera para atendimento, além de que aproximadamente 60% relataram melhora no acesso para pacientes não urgentes. Achados que podem ter

influenciado na comunicação estão a melhora no acompanhamento do paciente, modelos padronizados de referência e a revisão centralizada dos encaminhamentos. Foi observado que 46,3% dos participantes relataram demorar no máximo 5 minutos no processo de submissão da referência eletrônica, entretanto, 35,2% relataram entre 6 a 10 minutos. Os autores ponderaram que esta demora (entre 6 e 10 minutos) pode ser atribuída a fatores como a falta de computadores, múltiplas etapas para acesso seguro ao portal e a frequente falta de conexão de rede. Sugerem, portanto, que inovações em tecnologia de informação podem ser fundamentais para a segurança da rede, garantia de acesso à informação e alta qualidade do cuidado com o paciente.

Shaw e Berker (2007) avaliaram os pontos fortes e fracos de referências eletrônicas recebidas no *The Bristol Dermatology Centre*, depois da implementação do *National Programme for Information Technology*, o qual permitiu o agendamento eletrônico de consultas. O total de 131 documentos eletrônicos e 129 manuscritos foi avaliado por um de dois dermatologistas, e pontuados de acordo com um conjunto de dados padrão, referentes a dados demográficos, queixa principal e informações clínicas. Considerando um documento de referência ideal, foi estabelecido um conjunto de itens para o detalhamento de lesões: hipótese diagnóstica, medicamentos em uso, tempo de evolução, sintomas, localização, tamanho, mudanças de tamanho e comentários sobre a possibilidade de lesão maligna; já para “não lesões”, o mesmo conjunto de dados demográficos foi considerado, além de informação sobre tratamentos anteriores, em curso e resposta ao tratamento. Além dos dados quantitativos em relação a cada item, uma classificação subjetiva foi realizada nos documentos, considerando o quanto a referência auxiliava a triagem do paciente (0 = não auxiliava; 1 = algum detalhamento, mas inadequado; 2 = pobre em detalhes, mas permitindo alguma priorização; 3 = bastante boa, permitindo razoavelmente determinação de prioridade; 4 = todos os detalhes presentes e fácil determinação de prioridade). Não houve diferença estatística entre as referências manuscritas e eletrônicas para dados demográficos básicos (nome, data de nascimento e endereço); entretanto, as eletrônicas foram melhores no registro do telefone do paciente e medicações em uso. Para as lesões, ambas as referências tiveram resultados semelhantes na evolução e localização, mas as manuscritas foram significativamente melhores no relato do tamanho e da possibilidade de malignidade. Para “não lesões” (principalmente rashes cutâneos), as referências eletrônicas foram significativamente deficientes em relação a sintomas, tratamentos anteriores e em curso e hipótese diagnóstica. Os autores ponderam que

há benefícios nas referências eletrônicas, como a velocidade e incorporação dos dados do paciente, mas apontam que pode haver problemas com a produção de longos textos. Adicionalmente, relatam certa pressão nos generalistas para realização das referências dentro de 24 horas, o que pode comprometer a inclusão de dados importantes e a avaliação minuciosa do paciente, podendo comprometer o entendimento dos problemas e manejo do paciente.

Uma pesquisa conduzida por Jiwa e Dhaliwal (2012) avaliou a implantação de um *software* (*Referral Writer*) desenvolvido para médicos generalistas, buscando investigar como o conteúdo dos documentos de referência influenciava no agendamento das consultas pelo especialista. O *Referral Writer* selecionava, do sistema operacional do profissional, dados importantes dos pacientes, como informações administrativas e medicações em uso, e os inseria em um formulário. O profissional poderia, então, completar o formulário com os detalhes clínicos do paciente em poucos minutos. O *software* era baseado no guia de práticas clínicas para referenciamento do paciente com câncer, publicado pelo *Royal College of General Practitioners* (Londres, 2005), e quando os dados inseridos pelo profissional coincidiam com os recomendados pelo guia para agendamento urgente, o documento de referência era gerado num padrão diferenciado e o generalista alertado do alto risco do paciente para o câncer. O estudo avaliou 56 documentos de referência antes e 48 depois da implantação do software (com um mês de intervalo para familiarização com o novo sistema). O conjunto de informações clínicas com o uso do *Referral Writer* foi significativamente maior, assim como a confiança dos especialistas para a decisão do agendamento da consulta. Com isso, os autores concluíram que a padronização e o uso de comunicação por via eletrônica para o encaminhamento de pacientes podem facilitar o julgamento dos especialistas e, conseqüentemente, o agendamento adequado de consultas.

Implicações educacionais dos documentos de referência e contrarreferência

A comunicação entre profissionais com diferentes conhecimentos, experiências, habilidades e expertises funciona como aprendizado mútuo (NEWTON; ECCLES; HUTCHINSON, 1992; WESTERMAN et al., 1990). Entretanto, essa oportunidade é geralmente negligenciada, principalmente por parte dos generalistas, que subestimam o conhecimento que podem transmitir aos especialistas

(BERENDSEN et al., 2006; WESTERMAN et al., 1990); ao contrário do que pensam, a visão mais completa que possuem do paciente muito teria a ensinar aos colegas especialistas e, assim, numa boa relação de trabalho, ambos poderiam se beneficiar (WESTERMAN et al., 1990).

Ao avaliarem documentos de referência e contrarreferência, Westerman et al. (1990) observaram que o foco educacional por parte dos generalistas é muito pouco comum, ao contrário dos especialistas, que ensinam consideravelmente mais através de seus documentos de contrarreferência.

O estudo conduzido por Fox et al. (2004) avaliou o impacto educacional do instrumento *SAIL* (CROSSLEY et al., 2001), tendo como hipótese o *feedback* do instrumento na melhora da qualidade da comunicação escrita. Os quinze primeiros documentos de alta hospitalar de um grupo formado por 5 consultores, 4 especialistas em pediatria e 1 staff em pediatria, todas destinadas a generalistas, foram analisadas, através do *SAIL*, por 2 outros profissionais: um especialista em pediatria e um generalista, sendo que ambos não tinham conhecimento do instrumento. Os resultados foram analisados para fornecer uma avaliação individual de cada escritor, em um formato específico e claro para transmitir o *feedback* a cada um deles. Após 3 meses, outros 15 documentos dos mesmos profissionais foram coletados e analisados com a mesma metodologia. A performance do grupo foi comparada antes e após o *feedback*, sendo que a média do escore de qualidade antes da intervenção foi de 23,3 e depois de 26,6, com diferença estatisticamente significativa. Todos os profissionais, com exceção de um único, obtiveram aumento dos escores pelos dois avaliadores após o *feedback* com o *SAIL*. Os autores concluíram que o *SAIL* forneceu uma metodologia viável e reproduzível para avaliação da qualidade e do conteúdo dos documentos. Além disso, o estudo demonstrou que ele pode fornecer o *feedback* com um grande impacto educacional nos profissionais.

Além da importância da escrita, o uso adequado de imagens cumpre um importante papel no processo ensino-aprendizagem, podendo fortalecer significativamente o ensino. Li (2001) reportou que elementos visuais normalmente são processados de forma mais rápida do que textos pelos seres humanos, o que justifica o ditado “uma imagem vale mais que mil palavras”.

Problemas no processo de referência e no sistema regulatório

Dificuldades no processo regulatório são encontradas no Brasil e no mundo. Na literatura, existem diversas causas e limitações relatadas envolvendo o processo de referência de pacientes para a atenção especializada. Muitos dos artigos são focados na grande quantidade de encaminhamentos, ou somente em um dos aspectos do processo regulatório. No entanto, mudança focada em apenas alguns pontos não irão resolver todas as falhas do processo regulatório, sendo necessárias rigorosas avaliações de mecanismos para melhorar o processo dos serviços em saúde (MEHROTRA; FORREST; LIN, 2011).

Coulthard et al. (2000) relataram que, antes de 1990, médicos e dentistas generalistas britânicos poderiam encaminhar seus pacientes a qualquer hospital ou clínica do país, até que limitações no processo de referência foram percebidas com a implantação do *National Health Service and Community Care Act*. A maior delas foi a distância percorrida pelo paciente para receber atendimento especializado, sendo, então, conveniente encaminhar ao local mais próximo. Afirmaram, ainda, que outros aspectos influenciam no processo de referência, como a disponibilidade de transporte para o paciente, a demora pelo atendimento especializado, equipamentos técnicos disponíveis, a percepção do padrão de atendimento (COULTHARD et al., 2000a), além da redução nas oportunidades para os generalistas se envolverem no diagnóstico e tratamento dos pacientes (COULTHARD et al., 2000b).

McLeod, Saeed e Ali (2005) avaliaram atrasos na referência de pacientes com câncer de boca (CA de boca) nas regiões de Gloucestershire e Oxfordshire (Reino Unido). Nos documentos de referência recebidos num período de 5 anos no serviço de Cirurgia Oral e Bucomaxilofacial, somente 62% dos documentos com diagnóstico de CA de boca preenchiam todos os requisitos estabelecidos pelos autores (no preenchimento de dados). A procedência dos documentos era, em sua maioria, de generalistas médicos (78%) e dentistas (27%). A média de atraso no processo de referenciamento dos pacientes foi de uma semana, o que seria considerado aceitável de acordo com o *National Health Service, British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* e *British Dental Association*. Por outro lado, verificaram que a maior causa de atrasos era devido à procura tardia por parte dos pacientes, com média de 13 semanas de atraso. Em contraste com outros estudos encontraram, em 75% dos documentos, o relato com suspeita diagnóstica de lesão maligna. Reforçaram, portanto, o importante papel do generalista na prevenção e detecção do CA de boca, e que o exame completo da cavidade bucal à procura de lesões benignas e malignas,

assim como manifestações de doenças sistêmicas, deveria ser parte da rotina clínica dos dentistas. Finalmente, e devido ao elevado número de encaminhamentos providos de médicos, incentivaram a necessidade da formação destes profissionais a respeito do câncer de boca.

A pesquisa desenvolvida por Gandhi et al. (2000), no *Brigham and Women's Hospital* (Boston), revelou que 63% dos médicos generalistas e 35% dos especialistas estavam insatisfeitos com o sistema de referência. Para os generalistas, os problemas mais significativos foram, em ordem decrescente: (i) demora no recebimento de informações dos especialistas, (ii) aspectos redundantes do sistema em vigor, (iii) tempo que era requerido para se elaborar um documento de referência, (iv) dificuldade em se encontrar um especialista, (v) falta de conhecimento do papel dos gestores e (vi) tempo requerido para aprovação pelos gestores. Já para os especialistas, estes problemas foram: (i) demora no recebimento de informações providas dos generalistas, (ii) tempo requerido para aprovação dos seguros de saúde, (iii) tempo requerido para aprovação pelos gestores, (iv) falta de informações providas pelo generalista, (v) tempo requerido para se elaborar um documento de referência e (vi) aspectos redundantes do sistema em vigor.

Mehrotra, Forrest e Lin (2011) analisaram, através de uma revisão de literatura, o processo de referência de pacientes do nível primário para o secundário no sistema de saúde dos Estados Unidos. Os autores relataram que este processo pode ser dividido em três componentes: a tomada de decisão para o encaminhamento do paciente, a coordenação do serviço de saúde e o acesso ao serviço especializado. Os autores encontraram deficiência nesses três aspectos, além de apontarem problemas na transferência de informações, sendo frequentemente inadequada ou inexistente. Alguns outros problemas levantados pelos autores foram: (i) os pacientes geralmente tem dificuldades no acesso ao nível secundário; (ii) profissionais, tanto generalistas quanto especialistas, discordam do papel do especialista após a consulta inicial, em relação à consulta com o especialista ser única ou haver a continuidade do tratamento pelo especialista; (iii) os generalistas geralmente não são informados se a consulta com o especialista aconteceu ou qual foi o plano de tratamento instituído; e (iv) frequentemente os pacientes são os únicos meios de comunicação entre estes profissionais. Além disso, os autores argumentaram que o termo “processo” de referência possa ser inadequado, visto que os sistemas de saúde da atenção primária e secundária parecem funcionar em paralelo,

com pouca integração. Esta fraca integração contribui para a ineficiência do sistema e insatisfação de generalistas, especialistas e pacientes.

Um segundo objetivo do estudo conduzido por White et al. (2004) foi determinar o ponto de vista de dentistas generalistas que encaminhavam pacientes ao serviço de Medicina Oral do *Birmingham Dental Hospital* (Inglaterra, Reino Unido) sobre o processo de referência. Através de metodologia qualitativa, 20 profissionais que tiveram seus documentos de referência já selecionados na primeira etapa da pesquisa participaram de uma entrevista semiestruturada por contato telefônico. A maior dificuldade percebida para o não fornecimento da descrição detalhada foi a falta de tempo; outros profissionais relataram, também, a falta de confiança em seu diagnóstico. O uso de roteiro ou formulários foi considerado como um fator que pode melhorar a qualidade dos encaminhamentos, inclusive com o uso de diagramas da cavidade bucal, podendo, assim, marcar o local da lesão. Além disso, alguns profissionais levantaram a necessidade de cursos para melhorar suas habilidades e conhecimentos. Praticamente todos os generalistas consideraram detalhes do paciente e do profissional como itens essenciais nos documentos de referência; entretanto, a descrição da lesão não teve o mesmo impacto: quase 30% não consideraram a descrição da lesão como item essencial nos documentos de referência, e 40% não consideraram a descrição detalhada como essencial. A forma mais comum relatada de encaminhar estes pacientes foi por contato telefônico, mas alguns relataram que usavam documentos marcados como “urgente”. Contudo, houve consenso que a prioridade de atendimento dos pacientes deveria ser para lesões com suspeita de malignidade, especialmente se fatores de risco estivessem presentes. Além disso, este Serviço contava com um sistema para via rápida nos documentos de referência de lesões potencialmente malignas. Estes pacientes seriam agendados imediatamente para a próxima consulta e, após biópsia, encaminhados ao serviço de Oncologia para tratamento dentro de 5 dias. Apesar dos dentistas generalistas estarem satisfeitos com o serviço, mostraram-se preocupados com possíveis atrasos nos encaminhamentos “urgentes”, além de acharem que o serviço era inflexível e dependente de documentos de referência (reforça-se que a forma mais comum de encaminhamento destes pacientes era por contato telefônico). A demora na lista de espera foi uma forma de frustração para os generalistas entrevistados, e os autores relataram como “decepcionante” a percepção dos generalistas longe da realidade disponível no serviço. Muitos não estavam cientes desse sistema, e relataram preferir que pacientes dessem entrada em emergências de

hospitais locais na percepção que seriam avaliados mais rápido; os autores levantaram que isso poderia atrasar ainda mais o atendimento se o hospital local não contasse com um serviço especializado de Medicina Oral. Com os resultados deste trabalho, o serviço formalizou o sistema de via rápida para lesões potencialmente malignas, através da introdução e divulgação de um guia e que requeria o preenchimento completo de um formulário, denominado '*Rapid Access Clinic*'. O guia foi repassado aos generalistas juntamente com explicações sobre as consultas e os métodos de encaminhamento dos pacientes (WHITE et al., 2004).

Com o objetivo de avaliar o padrão de referência para especialistas em Cirurgia Oral na Grande Manchester (Inglaterra), Coulthard et al. (2000) enviaram um questionário a 400 dentistas generalistas que trabalhavam para o *National Health Service*, recebendo resposta de 336 profissionais. Mais da metade (57%) dos dentistas relatou não ter formação adicional em Cirurgia Oral. A maioria referiu realizar entre 0 e 10 cirurgias orais e encaminhar entre 0 e 5 pacientes por mês (81% e 75%, respectivamente); aqueles profissionais generalistas que possuíam formação em cirurgia, apesar de realizarem mais procedimentos cirúrgicos em relação àqueles que não possuíam essa formação específica, também eram os que mais encaminhavam pacientes ao especialista. As razões frequentemente apontadas pelos generalistas para encaminhar os pacientes foram a antecipação da dificuldade da cirurgia e saúde geral do paciente comprometida. A maioria dos dentistas (93%) relatou encaminhar pacientes ao serviço hospitalar de Cirurgia Oral e Bucomaxilofacial ao invés de outro serviço especializado, e uma das maiores razões relatadas para isto foi a demora para atendimento e tratamento do paciente. Os autores relataram não compreenderem o porquê da não realização de maior quantidade de cirurgias pelos generalistas (somente 1% relatou realizar mais de 50 cirurgias por mês), visto que todos possuíam formação para tal, principalmente aqueles com cursos adicionais.

Estes mesmo autores, numa segunda parte do estudo (COULTHARD et al., 2000b), avaliaram a opinião dos generalistas sobre o processo regulatório na Grande Manchester (Inglaterra), com a mesma amostra e metodologia de pesquisa. Observaram que 42% dos generalistas não estavam satisfeitos com o processo de referência para a especialidade de Cirurgia Oral, sendo que destes, 84% relataram como principal motivo a demora para atendimento e tratamento do paciente; 37% consideraram extremamente improvável o paciente ser atendido dentro de um mês após a referência. Outro motivo para a insatisfação foi a distância a ser percorrida pelo paciente para receber o atendimento

especializado; entretanto, os autores ponderaram que a maioria dos pacientes (89%) percorria menos de 20 quilômetros ida e volta, não sendo distâncias efetivamente grandes em comparação a outras realidades. Vinte e três por cento dos generalistas relataram que gostariam de melhorar sua comunicação com os especialistas e 70% gostariam de ter maior envolvimento no diagnóstico e tratamento dos pacientes encaminhados. Os autores observaram que a maioria dos profissionais que apreciariam essas mudanças eram jovens, com idade entre 20 e 40 anos. Os autores concluíram que mudanças no sistema de referência para Cirurgia Oral eram necessárias, visto que a maioria dos generalistas encontrava-se insatisfeita com o processo. Finalmente, sugeriram que estratégias envolvendo Telessaúde poderiam ser uma opção para melhorar o acesso do paciente à atenção especializada.

O Sistema de Saúde no Brasil

O SUS e os modelos de atenção em saúde

A dificuldade de regulação de consultas em Estomatologia via Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina foi a principal mola propulsora desta pesquisa. Para que se contextualize o problema, é importante entender o modelo de atenção em saúde vigente no país, motivo pelo qual incluímos um breve histórico desse processo no SUS.

Estabelecido pela Constituição de 1988, o SUS foi definido à época como uma formulação política e organizacional com objetivo de reordenar os serviços e ações de saúde. O SUS é considerado um sistema por abranger um conjunto de unidades, ações e serviços que interagem para um fim comum, tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O SUS foi baseado no que se denomina de princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade. A *universalidade* garante o acesso ao Sistema a todos os cidadãos, tendo em vista a saúde como direito de todos e dever do Estado. A *equidade* assegura, de acordo com a gravidade de cada caso, ações e serviços em saúde (BRASIL, 1990), com o objetivo de reduzir as disparidades sociais e regionais em busca de um maior equilíbrio (BRASIL, 2000). E, por fim, a *integralidade* reconhece cada pessoa como um ser indivisível, o qual deve ser atendido com uma visão integral por um sistema também integral (BRASIL, 1990).

Inicialmente, a rede de serviços oferecida pelo SUS era organizada em três níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990). Este modelo foi posteriormente considerado equivocado, pois estabelecia que o nível de atenção primária (baixa complexidade) era menos complexo que os níveis secundário e terciário (média e alta complexidade, respectivamente), resultando em desvalorização da atenção primária (MENDES, 2011). Ainda, sendo um sistema hierárquico e fragmentado de atenção à saúde, era incapaz de oferecer atenção contínua à população (MENDES, 2010, 2011).

Além disso, acompanhando uma tendência mundial, a situação de saúde da população brasileira apresentou mudanças no seu perfil (BRASIL, 2010; MENDES, 2010, 2011) em decorrência do envelhecimento populacional e de mudanças no estilo de vida (SILVA, 2011). Isto se refletiu numa situação de tripla carga de doenças atingindo a população: (i) condições agudas de saúde ainda não vencidas, como doenças infecciosas e desnutrição; (ii) aumento de condições crônicas, como tabagismo, sedentarismo e obesidade; e (iii) causas externas decorrentes de acidentes de trânsito e violência (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

A busca por estratégias que consolidassem os princípios do SUS, reforçando a relevância da regionalização e organização, foi intensificada a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde - em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b, 2010). Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) foram aprovadas para responder às condições de saúde agudas e crônicas da população, além da promover ações de vigilância e promoção em saúde (BRASIL, 2010).

Finalmente, a Portaria 4.279 estabeleceu as diretrizes para a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). As RAS correspondem a uma nova forma de organização em sistemas integrados, visando à resolução da incoerência existente entre o antigo modelo de atenção à saúde e as condições atuais de saúde da população (MENDES, 2011). Os níveis de atenção à saúde passaram a ser estruturados segundo densidades tecnológicas¹, a saber: (1) baixa densidade tecnológica - Atenção Primária à Saúde (APS); (2) densidade

¹ Densidade tecnológica refere-se a instrumentais e equipamentos médico-hospitalares em relação ao valor financeiro agregado: “alta densidade tecnológica”, alto custo; “baixa densidade tecnológica”, baixo custo (BRASIL, 2007)

tecnológica intermediária - atenção secundária à saúde; e (3) alta densidade tecnológica - atenção terciária à saúde (MENDES, 2011). Da mesma forma, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) estabeleceu diretrizes para reorganizar as ações e serviços em saúde bucal em todos os níveis de atenção.

Assim, o SUS é uma proposta de saúde pública que desde a sua criação tem obtido avanços inquestionáveis; no entanto, ainda enfrenta grandes desafios (BRASIL, 2010; MENDES, 2011) – entre eles, a atual fase de transição para a concretização efetiva das RAS (BRASIL, 2010).

O fluxo de usuários no SUS

O primeiro nível de atenção deve ser a porta de entrada dos usuários, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 1990; MENDES, 2011). Este nível deve ser responsável por atender mais de 85% dos problemas de saúde e ofertar tecnologias de alta complexidade, como aquelas referentes a mudanças comportamentais. Os demais problemas que necessitem de atendimento especializado devem ser referenciados para os níveis secundário e terciário de atenção, coordenados pela APS (MENDES, 2011). Este trânsito é considerado fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008), um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo, deste forma, uma rede de serviços articulada entre todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência devem ser estabelecidos pelos Planos Diretores de Regionalização, garantindo a integralidade da assistência e o acesso aos serviços e ações de saúde segundo as necessidades da população, através da definição de prioridades de intervenção (BRASIL, 2002).

Para Fratini, Saupe e Massaroli (2008), no entanto, os mecanismos de referência e contrarreferência ainda estariam em fase de efetivação, não havendo adequada divulgação de experiências de sua implantação, sejam elas exitosas ou não. Estes autores ainda afirmaram:

“a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra-referência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que as experiências para viabilizar

este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais”.

No modelo das RAS são necessários os chamados sistemas logísticos para que o fluxo de informações, produtos e pacientes se efetive. Sistemas logísticos são definidos como:

“[...] soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação [...] permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes. (MENDES, 2011).

Na prática tais sistemas se constituem por: (i) cartão de identificação do usuário, (ii) prontuário clínico integrado, (iii) acesso regulado do usuário através da APS e (iv) sistema de transporte em saúde. Tal conjunto de ferramentas demanda grande investimento em tecnologias de informação, de forma a garantir a oferta de sistemas estruturados e de qualidade (MENDES, 2010, 2011).

A regulação e os complexos regulatórios

De forma prática, a principal diferença entre o modelo de atenção das condições agudas para o das condições crônicas é o papel da APS e a forma de regulação. Nas condições crônicas, a APS é um ponto de atenção à saúde e o centro de comunicação da RAS, diferente das agudas, onde a APS constitui um importante ponto de atenção à saúde, mas não coordena os fluxos e contrafluxos da RAS, sendo regulado, portanto, através de um complexo regulador (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

No Brasil, define-se **regulação do acesso** como sendo as ações e os meios que garantem o acesso universal, integral e equânime à população, e **regulação assistencial** o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam essa demanda (BRASIL, 2009; MENDES, 2011).

Por definição, neste modelo a regulação do acesso inicia-se com uma solicitação, através de um *software* eletrônico, de um serviço demandante ou gestor à central de regulação. O profissional regulador, então, checa as evidências clínicas da solicitação e faz o

encaminhamento do usuário a um serviço adequado. Portanto, a efetividade do profissional regulador aumenta se o sistema mantiver um profissional de saúde qualificado para efetuar a auditoria de cada caso (MENDES, 2011).

Anteriormente, para a referência de pacientes, os centros de especialidades, como assim eram chamados, faziam parte de um sistema aberto, fragmentado e desintegrado, sem efetiva comunicação entre os níveis de atenção. Havia pouca ou nenhuma relação entre especialistas e generalistas, o acesso era regulado pelos gestores no complexo regulador, utilizava-se prontuários clínicos individuais e não integrados. Esses centros cumpriam uma função apenas assistencial, sendo o processo de planejamento pela oferta e o sistema de pagamento por procedimentos, tornando-se, portanto, ineficiente e inefetivo (MENDES, 2011).

Diferente do que acontece no modelo da RAS, os pontos de atenção secundária – como agora são chamados - fazem parte de um sistema fechado, governado pela APS, sendo um ponto de atenção na rede integrado com os demais níveis de atendimento. O foco da atenção é no cuidado multiprofissional, onde o generalista e o especialista trabalham em conjunto, com decisões clínicas articuladas e prontuários eletrônicos integrados. O planejamento é estratégico, de acordo com as necessidades da população, sendo o acesso regulado pela APS. Esses pontos de atenção secundária tem, portanto, função assistencial, educacional, de supervisão e de pesquisa. E os hospitais, no modelo das RAS, devem ter a função de atender às condições agudas ou situações de doenças crônicas agudizadas, com alta densidade tecnológica e padrões ótimos de qualidade (MENDES, 2011).

Em 2006, a Portaria/GM nº 399 (BRASIL, 2006c) definiu a Regulação como uma diretriz, e em 2008, a Portaria Nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008b) instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta política está focada em três eixos estruturantes: (i) recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores; (ii) instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e (iii) programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2006a).

Os complexos reguladores foram, portanto, instituídos para atuar na regulação do acesso, tendo como objetivo a articulação e integração de centrais de atenção a consultas e serviços especializados, internações, sistemas de apoio ao diagnóstico e terapêutico, de acordo com protocolos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A regulação dos serviços de saúde em Florianópolis

O município de Florianópolis, com a adesão ao Pacto pela Saúde, ocorrida em julho de 2007, passou a assumir gradativamente os serviços da atenção secundária e terciária. O acesso à assistência especializada (nível secundário) é feito a partir das unidades básicas de saúde (nível primário), que agendam os serviços, online, pelo SISREG (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Esses autores descreveram o processo de referência, que se inicia com uma solicitação, pelo profissional do nível primário, do encaminhamento do paciente ao nível secundário, onde são registrados os dados relevantes ao diagnóstico. Segundo os autores, conforme a apresentação da demanda – se é mediata ou imediata – essa solicitação entra em uma de duas filas de espera – a normal ou a de regulação. As que entram através da regulação são avaliadas por um profissional regulador do Sistema. Quando o regulador julga a demanda de modo diverso ao que está indicado ou quando considera a descrição insuficiente, a solicitação torna-se pendente, cabendo à Unidade Básica de Saúde procurar o profissional que inicialmente fez o encaminhamento, com o objetivo de resolver a pendência referente à consulta e, posteriormente, digitalizar a nova justificativa apresentada.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTOS DE PATOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

As informações contidas neste documento foram fornecidas pela Profa. Dra. Maria Inês Meurer, do Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e pela mestranda Caroline Zimmermann, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, para lhe informar sobre uma pesquisa que está sendo realizada e para que o(a) Sr(a) possa resolver se quer participar.

O título da pesquisa é “*Avaliação de uma ferramenta de apoio à referência e à regulação em Estomatologia*”. Esta pesquisa será desenvolvida em três etapas, todas relacionadas com a descrição de lesões bucais, com ou sem auxílio de um roteiro de apoio, de forma a avaliar se o roteiro contribui com o cirurgião-dentista na tarefa de descrever uma lesão bucal. A pesquisa pretende avaliar se o roteiro proposto pode ser uma ferramenta auxiliar na referência e regulação de consultas com estomatologistas na atenção secundária.

O (A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar porque faz parte da amostra intencional desta pesquisa, formada por cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde e alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

A sua participação na pesquisa não interferirá, sob nenhum aspecto, nas atividades que desempenha na Unidade de Saúde em que trabalha. O foco de avaliação é o roteiro, e não a sua habilidade em descrever lesões bucais. Os dados utilizados desta pesquisa serão guardados sob os cuidados da pesquisadora principal, Profa. Dra. Maria Inês Meurer, com sigilo absoluto quanto à sua identidade. O(A) senhor(a) não pagará nada, nem receberá nenhum pagamento se decidir participar.

O (A) senhor(a) tem a garantia de que receberá respostas ou esclarecimentos a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida, pode contactar a mestranda Caroline Zimmermann pelo telefone celular 9958-3612 ou a Profa. Dra. Maria Inês Meurer na Universidade Federal de Santa Catarina, através do telefone (48) 3721-9473 (Departamento de Patologia/CCS/UFSC) ou pelo e-mail: meurer.m.i@ufsc.br. A pesquisadora assume o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante o estudo.

O(A) senhor(a) terá a liberdade de desistir da participação na pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, apenas manifestando

sua vontade pelo telefone (48) 3721-9473 ou pelo e-mail meurer.m.i@ufsc.br., com a Profa. Dra. Maria Inês Meurer.

Se concordar em participar, o(a) Sr(a) deverá assinar a autorização abaixo. É importante que fique claro que o(a) Sr(a) só participará se quiser, de forma livre e espontânea.

Eu, _____ concordo e autorizo a minha participação na pesquisa “*Avaliação de uma Ferramenta de Apoio à Referência e à Regulação em Estomatologia*”, a ser realizado pela mestranda Caroline Zimmermann, sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Meurer, desde que seja mantido o sigilo de minha identificação, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Autorizo, ainda, a utilização dos dados obtidos a partir da pesquisa, sem a minha identificação, para utilização como material didático para aulas, apresentação em eventos científicos ou para publicação de trabalhos em revistas e eventos científicos da área da saúde, nacionais e/ou internacionais.

_____, ____ de _____ de 2014.
(município) (dia) (mês)

Assinatura do(a) participante

RG

Caroline Zimmermann
RG 3879135

Profa. Maria Inês Meurer - Pesquisadora responsável
RG

881.805

APÊNDICE C - Roteiro AE/UFSC

1º) Nomear a lesão: (ver figuras)

- *Superficial*
Mácula/ Mancha/ Placa
- *Conteúdo Sólido:*
2. Pápula/ Nódulo
- *Conteúdo Líquido:*
5. Fístula
6. Vesícula
7. Bolha
8. Pústula
- *Com Perda Tecidual:*
4. Erosão
5. Úlcera
6. Fissura

2º) Localização

- Estrutura afetada (mucosa jugal, língua, gengiva, lábios...)
- Lado afetado (direito, esquerdo, bilateral)
- Arcada afetada (superior, inferior, ambas)
- Região afetada (anterior, média, posterior)

3º) Características

- **Tamanho** (mm ou cm, Altura X Largura)
- **Cor**
- **Inserção (ver figuras)**
- **Superfície (ver figuras)**
- **Palpação** (ósseo, fibroso, mole, flutuante)
- **Tempo de evolução** (há quantos dias, semanas, meses ou anos apareceu a lesão?)
- **Tipo de crescimento** (contínuo, aumenta e diminui) (aumenta em um período específico?)
- **Dor** (localizada/difusa) (espontânea/provocada) (passageira/contínua/intermitente) (leve/moderada/intensa) (paroxística/pulsátil/queimado)

4º) Observações adicionais da região da lesão, se pertinente:

- Paciente usuário de próteses? (nova/antiga, total/parcial)
- Lesão sai à raspagem?
- Possibilidade de trauma local (mordedura? prótese mal adaptada?)

5º) Hábitos (especialmente lesões vermelhas ulceradas ou lesões brancas)

- *Fumo:*
4. Há quanto tempo?
5. Tipo de fumo (cigarro? charuto? cachimbo?)
6. Quantos cigarros/dia?
- *Álcool:*
4. Há quanto tempo?
5. Tipo de bebida (cerveja? cachaça? vinho?)
6. Frequência de consumo?
- *Drogas ilícitas:*
1. Tipo?
2. Há quanto tempo?

6º) Tratamentos Prévios (se houve)

- Qual tratamento/medicação?
- Surtiu efeito?

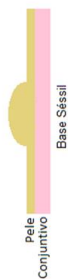
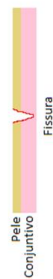
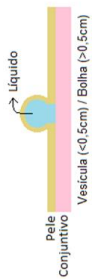
EXEMPLO: Nódulo em mucosa jugal direita, terço anterior, medindo 1,2 X 2,0 cm, róseo, sésil, de superfície lisa e consistência fibrosa, evolução de 3 anos, crescimento contínuo, sem dor. Não há aparente fator traumático local. Nega consumo de fumo ou álcool.

EXEMPLO: Úlcera em bordo de língua esquerdo, medindo 0,5 X 1,0 cm, vermelha com bordos esbranquiçados, superfície irregular, fibrosa à palpação, presente há 4 meses (crescimento contínuo). Nega dor, associa a trauma local (mordida). Fumante há 30 anos (cigarro de palha, 8 por dia). Bebe cerveja diariamente. Tratado com Omcilon A por 1 mês, sem regressão.

EXEMPLO: Placa branca em gengiva de incisivos inferiores (0,2 X 0,5 cm) e linhas brancas em mucosa jugal bilateral (área de mais ou menos 1 X 2 cm), superfície irregular, apareceu há 3 anos. Às vezes tem dor e sangramento, quando lesão cresce. Não sai à raspagem. Sem trauma. Nega fumo e álcool.

APÊNDICE C – Roteiro AE/UFSC (continuação)

Lesão Fundamental

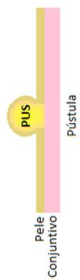
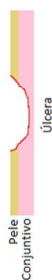
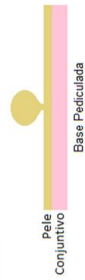


Superfície



Ambulatório de
ESTOMATOLOGIA
HU-UFSC

Inserção



APÊNDICE D – Formulário para descrição de lesões bucais



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTOS DE PATOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA**

SITUAÇÃO (1) ou (2) ou (3) – DADOS DA LESÃO (A) ou (B)

Descrição da lesão (motivo do encaminhamento):

Perguntas de anamnese relevantes à lesão apresentada (caso julgue necessário):

APÊNDICE E – Gráficos das medidas de concordância entre grupos para a lesão A e B.

Gráfico 1 Comparação entre médias de concordância nas lesões A e B.

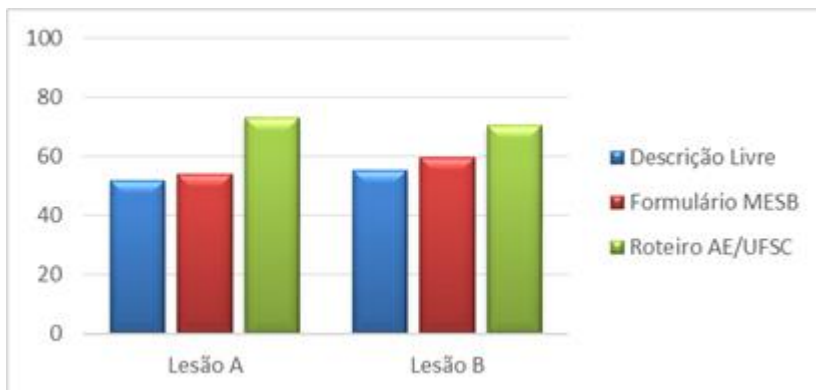
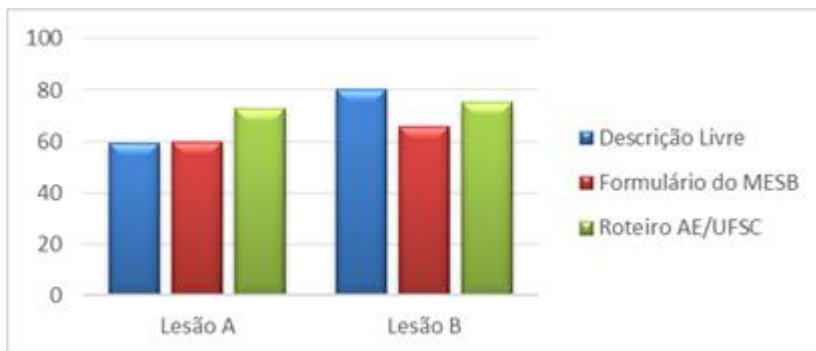


Gráfico 2 Comparação entre médias de concordância para os itens considerados essenciais na definição de prioridade nas lesões A e B.



APÊNDICE F – Tabelas com resultados das análises estatísticas

Tabela 1 Valores da análise de variância para dados da lesão A e B.

LESÃO A	Soma dos	gl	X²	Z	Valor
	Quadrados				de p
Entre Grupos	31086,310	2	15543,155	56,569	,000
Nos grupos	91496,156	333	274,763		
Total	122582,465	335			
LESÃO B	Soma dos	gl	X²	Z	Valor
	Quadrados				de p
Entre Grupos	14188,804	2	7094,402	29,281	,000
Nos grupos	80681,080	333	242,286		
Total	94869,884	335			

FONTE: Dados da pesquisa.

Tabela 2 Valores da análise de variância para os itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento na lesão A e B.

LESÃO A	Soma dos	gl	X²	Z	Valor
	Quadrados				de p
Entre Grupos	13573,810	2	6786,905	16,222	,000
Nos grupos	139321,429	333	418,383		
Total	152895,238	335			
LESÃO B	Soma dos	gl	X²	Z	Valor
	Quadrados				de p
Entre Grupos	11666,667	2	5833,333	8,866	,000
Nos grupos	219107,143	333	657,979		
Total	230773,810	335			

FONTE: Dados da pesquisa.

APÊNDICE F – Tabelas com resultados das análises estatísticas
(continuação).

Tabela 3 Valores da análise entre grupos (situações) para a lesão A e B pelo teste de Tukey.

LESÃO A	Comparação entre as etapas	Diferença média	Erro Padrão	Valor de p	IC 95%	
					Limite inferior	Limite superior
	S3 x S1	21,4286*	2,2151	,000	16,214	26,643
	S3 x S2	19,1964*	2,2151	,000	13,982	24,411
	S2 x S1	2,2321	2,2151	,573	-2,983	7,447
LESÃO B	S3 x S1	15,5032*	2,0800	,000	10,606	20,400
	S3 x S2	10,8766*	2,0800	,000	5,980	15,774
	S2 x S1	4,6266	2,0800	,069	-,270	9,524

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

FONTE: Dados da pesquisa.

APÊNDICE F – Tabelas com resultados das análises estatísticas
(continuação).

Tabela 4 Valores da análise entre grupos (situações) para os itens considerados essenciais na definição de prioridade de atendimento para a lesão A e B pelo teste de Tukey.

LESÃO A	Comparação entre as etapas	Diferença média	Erro Padrão	Valor de p	Limite inferior	Limite superior	IC 95%
	S3 x S1	13,5714*	2,7333	,000	7,136	20,006	
	S3 x S2	13,3929*	2,7333	,000	6,958	19,828	
	S2 x S1	,1786	2,7333	,998	-6,256	6,614	
LESÃO B	S3 x S1	-5,357	3,428	,263	-13,43	2,71	
	S3 x S2	8,929*	3,428	,026	,86	17,00	
	S2 x S1	-14,286*	3,428	,000	-22,36	-6,22	

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

FONTE: Dados da pesquisa.

Anexos

ANEXO A - Certificado de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética da UFSC.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 2172

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2172 **FR:** 447138

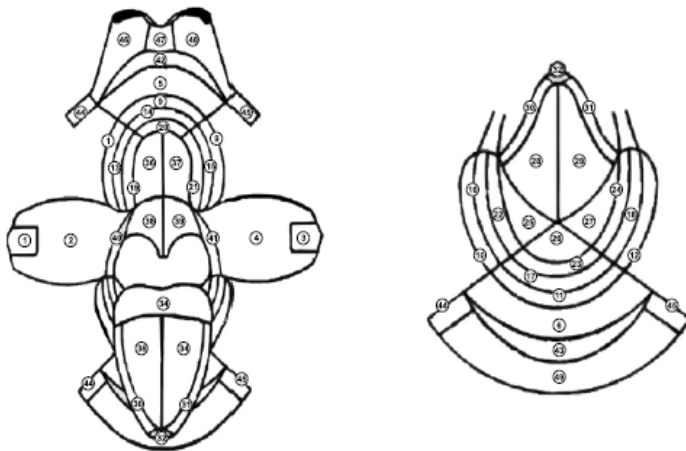
TÍTULO: Avaliação de um roteiro de apoio à referência e à regulação em fisioterapia por cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia

AUTOR: Maria Inês Meurer, Liliâne Janete Grandt, Daniela Lemos Carcereri, Josimari Telino de Lacerda, Caroline Zimmermann, Fernanda da Silva do Nascimento

FLORIANÓPOLIS, 17 de Outubro de 2011.

 Coordenador do CEPSH UFSC

ANEXO B – Sequência de Exame Físico Intra e Extrabucal do Manual de Especialidades em Saúde do Ministério da Saúde (2008a).



Códigos topográficos criados por Roed-Petersen e Renstrup (1969) modificados por Axéll (1976) e por Salonen et al. (1990)

EXAME FÍSICO INTRA E EXTRABUCAL (desenhar a lesão na ilustração acima)

Localização: _____

Tamanho: _____

Coloração: _____

Forma: _____

Inserção: _____

Consistência: _____

Mobilidade: _____

Sinais secundários: _____

Fator etiológico: _____

Linfonodos associados: _____

Outras lesões: _____

Diagnóstico Clínico: _____

