

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**AUDITORIA EM SAÚDE:**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA SOLICITAÇÃO  
DE EXAMES COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ**

**FABIANA REGINATTO HERING**

**PORTO ALEGRE, 27 DE JUNHO DE 2008.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**AUDITORIA EM SAÚDE:**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA SOLICITAÇÃO  
DE EXAMES COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialização em Saúde  
Pública.**

**Fabiana Reginatto Hering**

**Professor orientador: Mario Tavares**

**PORTO ALEGRE, 27 DE JUNHO DE 2008.**

Agradeço a dedicação e paciência do meu orientador por ter me dado a oportunidade de realização desse trabalho e estímulo para sua concretização. Agradeço também a Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí, coordenação do núcleo de educação, aos coordenadores das unidades de saúde pesquisadas e a gerente distrital norte pela cooperação na liberação dos dados e apoio para a realização desse trabalho.

Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais eqüitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.

Barabara Starfield

## RESUMO

A avaliação dos serviços de saúde deve servir como ferramenta para a qualidade de gestão e planejamento das ações em saúde. A auditoria em saúde vem para auxiliar nesse processo, pois o sistema de saúde (SUS) deve ser utilizado de maneira racional para que consiga executar seus princípios e diretrizes. Este trabalho avaliou a atenção primária em saúde, no município de Gravataí, através dos indicadores: número de consultas médicas geral e por especialidades, número de requisições de exames laboratoriais e de Raio-X autorizadas, população, distritos sanitários, unidades de saúde. Utilizou-se uma abordagem ecológica dos dados, pois permite avaliar variáveis globais correlacionando as variáveis e os indicadores de saúde. A implantação da avaliação dos serviços e estratégias para que melhorem seus indicadores através de medidas técnicas como criação de protocolos clínicos na rede de atenção primária em saúde, grupos de discussões de casos serve para melhorar a qualidade da atenção e disponibilizar ao usuário um atendimento eficaz e efetivo.

UNITERMOS: Avaliação dos serviços, auditoria em saúde, atenção primária em saúde.

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 – População de cada unidade de saúde – Gravataí.....	7
Tabela 2 – Comparação de solicitações de exames laboratoriais por formação médica de todas as unidades básicas de saúde.....	30
Tabela 3 – Análise dos exames laboratoriais por unidade básica de saúde.....	31
Tabela 4 – Análise dos exames complementares laboratoriais por unidade de saúde e por formação médica.....	34
Tabela 5 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e porcentagem de consultas que geraram exames por especialidade Ginecologista-obstétrica e por Unidade Básica de Saúde.....	35
Tabela 6 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e porcentagem de consultas que geraram exames por especialidade pediátrica e por unidade básica de saúde.....	38
Tabela 7 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e porcentagem de consultas que geraram exames por especialidade clínica e por unidade básica de saúde.....	40
Tabela 8 - Avaliação do número de exames por consulta, média de exames por requisição porcentagem de consultas que geraram exames por Distritos de Saúde.....	42
Tabela 9 – Avaliação do número de exames por consulta, porcentagem de consultas que geraram exames laboratoriais e população por unidade de saúde.....	43

Tabela 10 – Avaliação da média de exames de raio-X por consulta, por requisição e porcentagem de consultas que geraram exames de raio-X por unidade de saúde.....	45
Tabela 11 – Análise de solicitações de exames de Raio-X por consultas clínicas e por unidades de saúde.....	47
Tabela 12 – Análise dos exames de Raio-X solicitados nas consultas Pediátricas por unidades básicas de saúde.....	49
Tabela 13 – Análise de exames radiológicos por consulta ginecológica em cada unidade básica de saúde.....	51

## LISTA DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1 – Percentual de consultas que geraram exames de laboratório nas consultas de especialistas e não especialistas por unidade de saúde.....	32
Gráfico 2 – Média de exames complementares por consulta de especialistas e não especialistas por unidade de saúde.....	33
Gráfico 3 – Média de exames laboratoriais por requisição nas consultas de especialistas e não especialista por unidade de saúde.....	33
Gráfico 4 – Percentual de consultas por formação Ginecologista-obstétrica que geraram exames de laboratório por unidade de saúde.....	36
Gráfico 5 – Número de exames laboratoriais por consulta ginecológico-obstétrica por unidade de saúde.....	37
Gráfico 6 – Percentual de consultas com formação pediátrica que geraram exames de laboratório por unidades de saúde.....	38
Gráfico 7 – Número de exames laboratoriais por consulta pediátrica por unidade de saúde.....	39
Gráfico 8 – Percentual de consultas clínicas que geraram exames de laboratórios por unidades de saúde.....	40
Gráfico 9 – Número de exames laboratoriais por consulta clínica e por unidade básica de saúde.....	41
Gráfico 10 – Percentual de consultas que geraram exames laboratoriais por Distrito de Saúde.....	43
Gráfico 11 – Número de consultas por população de cada Unidade Básica de Saúde a cada 1000 habitantes.....	44

Gráfico 12 – Número de exames de Raio-X por consulta médica e por unidade de saúde.....	45
Gráfico 13 – Porcentagem de consultas médicas que geraram exames de Raio-X por unidade de saúde.....	46
Gráfico 14 – Número de exames de Raio-X por consulta clínica em cada unidade básica de saúde.....	47
Gráfico 15 – Porcentagem de consultas clínicas que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.....	48
Gráfico 16 – Número de exames de Raio-X nas consultas pediátricas por unidade básica de saúde.....	49
Gráfico 17 – Porcentagem de consultas pediátricas que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.....	50
Gráfico 18 – Porcentagem de consulta ginecológica-obstétrica que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.....	51

## LISTA DE FIGURAS

---

FIGURA 1. Estimativas de prevalência mensal de problemas de saúde na população e o papel dos médicos, hospitais e universidades na provisão do cuidado médico. Estudo de White apud Takeda, 2006, p. 77.....	24
--	----

## SUMÁRIO

---

LISTA DE TABELAS .....	6
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE FIGURAS .....	10
INTRODUÇÃO .....	12
OBJETIVOS .....	16
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
METODOLOGIA.....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2 CAMPO DE PESQUISA .....	17
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
3.4 ANÁLISE DE DADOS .....	19
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
4.1 A AUDITORIA NO SUS E A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE .....	21
4.2 A CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	23
4.3 O PROCESSO DIAGNÓSTICO E A SOLICITAÇÃO DE EXAMES .....	25
4.4 A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	27
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXO 1 .....	58
TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS.....	59
ANEXO 2.....	60
AO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATAÍ.....	61
ANEXO 3.....	62
ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA E LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	63

## INTRODUÇÃO

---

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante ao cidadão o acesso aos serviços de saúde, a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização e regionalização, a descentralização e o controle social. O SUS custeia todos os níveis de atenção, tanto primário, secundário ou terciário fazendo o repasse financeiro fundo a fundo.

Segundo Tavares (2006), a resolutividade do nível primário de atenção à saúde pode chegar a 90% desde que os recursos financeiros, materiais e humanos sejam adequados. Grande parte dos problemas na atenção primária não necessita de altas tecnologias ou grandes custos para serem resolvidas. Porém é visualizado que os gestores estão cada vez mais pressionados com o aumento da tecnologia e dos custos na saúde.

A atenção primária no Brasil é formada por médicos especialistas das grandes áreas (Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica e Cirurgia Geral), subespecialistas (Dermatologia, Traumatologia, Psiquiatria, etc.), não especializados (Clínico Geral) e Médicos de Família e Comunidade. Os profissionais que atendem em saúde pública em sua maioria não possuem treinamento específico para atuar em atenção primária, exceto os médicos de família e comunidade. Os médicos são preparados numa visão hospitalocêntrica, no ambiente hospitalar, possuem uma diversidade de tecnologias para o diagnóstico das doenças. Quando atendem o paciente em ambulatório sentem-se desambientados e impotentes (Tavares, 2006).

No SUS nos deparamos com uma imensa demanda de solicitação de exames de baixa, média e alta complexidade. Essa solicitação cresce em relação direta com a oferta dos serviços (Kloetzel, 2006). Para mudarmos essa situação, é

necessário avaliar, realizando uma análise dos dados ambulatoriais e, com base nessa avaliação, rever os processos de trabalho.

A diminuição dos gastos públicos é algo imprescindível. Trabalhamos com a insuficiência de recursos para a saúde, na qual não são aplicados corretamente e com uma distribuição geográfica desigual (Rouquayrol, 2003).

A avaliação no SUS provém da aferição de resultados das ações em saúde sobre os indivíduos, por meio de estudos comparativos com outras situações, levando ao questionamento e revisão as normas estabelecidas e os processos de produção em saúde (Lima, 2006).

Um sistema de análise de dados ambulatoriais visa captar, processar e analisar as informações, auxiliando o gestor e as equipes de saúde na formulação de estratégias de saúde. Esse sistema de análise permite avaliarmos diversas áreas do cuidado, inclusive a resolubilidade das equipes mediante o estudo dos encaminhamentos realizados ou exames complementares solicitados. (Lima, 2006).

Todos os municípios deveriam ter seu setor de avaliação da situação de saúde. Esse setor serve para dar subsídios às ações de saúde e auxiliar o gestor na tomada de decisões.

O município de Gravataí, situado no estado do Rio Grande do Sul, possui seu núcleo de análise de situação de saúde, na qual fornece dados para auxiliar o planejamento de todas as ações de saúde em suas respectivas áreas de cuidado.

Possui uma população geral de 261.150 habitantes e é dividido em quatro distritos sanitários: rural, norte, centro e sul. O município possui unidades básicas de saúde e unidades de estratégia de saúde da família, além dos centros especializados e pronto atendimento 24 horas. Abaixo visualizamos a população de cada unidade de saúde do município de Gravataí:

**Tabela 1 – População de cada unidade de saúde – Gravataí**

CNES	UNIDADES DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE*		
		2000	2007**	%
2229994	UBS AGUAS CLARAS	13717	15.399	5,9%
2700247	UBS BARRO VERMELHO	10497	11.784	4,5%
2700255	UBS BONSUCESSO	16236	18.227	7,0%
5099250	UBS CENTRO	15829	17.770	6,8%
2700263	UBS COHAB A	15305	17.181	6,6%
2700271	UBS COHAB B	15570	17.479	6,7%
2700298	UBS COHAB C	7040	7.903	3,0%
2700301	UBS COSTA DO IPIRANGA	4457	5.003	1,9%
700360	UBS MORADA DO VALE I	19123	21.468	8,2%
2700379	UBS MORUNGAVA	5920	6.646	2,5%
2700387	UBS PARQUE DOS ANJOS	14536	16.318	6,2%
2229951	UBS SAO GERALDO	9090	10.204	3,9%
2700409	UBS SAO JUDAS TADEU	23450	26.325	10,1%
2229986	UBS VERA CRUZ	7507	8.427	3,2%
2700042	UBS VILA ALIANCA	10736	12.052	4,6%
3277844	UBS VILA BRANCA	7255	8.144	3,1%
3866335	USF ARISTIDES D´AVILA	4704	5.281	2,0%
3866319	USF ERICO VERISSIMO	11671	13.102	5,0%
2700344	USF ITACOLOMI	2604	2.923	1,1%
2230011	USF NEOPOLIS	6130	6.882	2,6%
1234567	USF RINCÃO DA MADALENA	4679	5.253	2,0%
3866351	USF SANTA CECILIA	3104	3.485	1,3%
3866327	USF SAO MARCOS	3469	3.894	1,5%
<b>Total</b>		<b>232629</b>	<b>261150</b>	<b>100%</b>

\* Segundo Setor Censitário do IBGE

\*\* Distribuição segundo projeção atualizada – IBGE

Obs: a população para as unidades de saúde da família não correspondem exatamente ao território real destas uma vez que elas não respeitam os setores censitários, portanto essas populações servem apenas para um exercício de comparação.

Fonte: SMS – NASS – Dezembro de 2007

O município conta com médico clínico geral e especialista nas unidades básicas de saúde (pediatra, ginecologista-obstetra) e sub-especialistas (traumatologista, cardiologista, otorrinolaringologista, dermatologista, proctologista, entre outros) nos centros especializados e em algumas unidades. Atende à comunidade através de acolhimento, verificando suas necessidades e orientando os pacientes quanto aos fluxos do sistema.

Ao analisar as requisições de exames complementares (séricos, uroanálise, coprológicos e Raio-X) constatou-se um grande número de exames solicitados em contraste com o número de consultas realizadas por mês na unidade Básica de saúde Águas Claras, motivo pelo qual esse projeto foi elaborado. Esses tipos de exames possuem uma cota nas quais as unidades devem respeitar, porém esse número é quase sempre insuficiente. Diante dessa constatação levantou-se algumas questões: será que os médicos estão realizando a consulta clínica de uma maneira efetiva e eficiente? Serão necessários tantos exames para o diagnóstico de suas doenças? Muitos desses exames ficam esquecidos nos arquivos das unidades de saúde, pois os pacientes esquecem de pegar o resultado. Com isso será que a solicitação dos exames foi tão importante para esses pacientes?

Nas consultas médicas são solicitados diversos tipos de exames e encaminhamentos. Devido à diversidade do número de exames complementares que são ofertados à população, tal pesquisa não teria condições de avaliar a todos devido ao tempo para coleta e análise dos dados. Portanto, foi definido exames séricos, coprológicos, uroanálise e Raio-X para atender a essa pesquisa.

Devido à limitação das cotas de exames, este estudo utilizou somente as requisições que foram autorizadas pelas unidades básicas de saúde. Muitas requisições solicitadas talvez ficaram de fora da pesquisa, pois não conseguiram a autorização pela unidade. Todas as unidades básicas de saúde fizeram parte desse estudo, excluindo as unidades de estratégia de saúde da família, centros especializados e Pronto atendimento 24 horas.

## OBJETIVOS

---

### 2.1 Objetivo Geral

- Realizar uma avaliação do número exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X) solicitados pelos médicos das unidades básicas de saúde do município de Gravataí por consultas.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Analisar dos dados segundo as variáveis: número de exames solicitados, número de consultas realizadas, unidades de saúde, formação profissional, distritos sanitários e população.
- Fomentar a necessidade dos serviços estarem avaliando suas atividades para garantir a excelência da qualidade.
- Dar subsídios, através dos indicadores encontrados para que se pense em indicadores de qualidade nos serviços de saúde do SUS visando a otimização dos recursos financeiro.

## **METODOLOGIA**

---

### **3.1 Tipo de Estudo**

Estudo ecológico permite abordar áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, por meio da correlação entre os indicadores de condição de vida e indicadores de situação de saúde (Rouquayrol, 2003). Nesse estudo foram utilizados indicadores demográficos (população) correlacionados a indicadores da atenção prestada (consultas e exames solicitados) nas áreas de abrangências das unidades e distritos sanitários.

### **3.2 Campo de Pesquisa**

A coleta de dados foi realizada através de pesquisa de dados primários nas unidades básicas de saúde do município de Gravataí e através de dados secundários na Secretaria Municipal de Saúde. Foram contempladas todas as unidades básicas de saúde do município sem sub-especialista com exceção de duas unidades de saúde que possuem atendimento de um médico sub-especialista. A exclusão dos médicos sub-especialistas da amostra deu-se ao fato que em consultas, esses profissionais tendem a solicitar mais exames, visto que, geralmente, são primeiras consultas. Os distritos sanitários foram avaliados excluindo o distrito rural pelo fato de conter apenas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

As informações foram obtidas através do levantamento de:

- Número de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X) de todas as unidades de saúde autorizados no mês de março de 2008;
- Número de exames complementares e requisições de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X) separadas por especialidades médicas e por unidades de saúde, autorizados no mês de março de 2008;
- Número de consultas realizadas no mês de março de 2008 em todas as unidades de saúde selecionadas através dos dados do sistema de informações da Secretaria Municipal de saúde;
- Número de consultas realizadas, por especialidades médicas, no mês de março de 2008, em todas as unidades de saúde selecionadas através dos dados do sistema de informações da Secretaria Municipal de saúde;
- Número de consultas realizadas, no mês de março de 2008, por especialidades, em cada uma das unidades selecionadas através dos dados do sistema de informações da Secretaria Municipal de saúde;

Os exames foram contados pelo próprio pesquisador a fim de minimizar erros nas contagens. Utilizou-se os exames complementares que foram autorizados pelas unidades de saúde, visto que devido às cotas de exames liberadas pela secretaria municipal de saúde, algumas requisições solicitadas pelos médicos não constaram na unidade, pois talvez não houve cotas suficientes para autoriza-las.

As variáveis do estudo são: número de consultas geral e por especialistas, exames solicitados em geral e por especialistas, número de requisições médicas autorizadas, unidades de saúde, distritos sanitários e população geral, por unidade e por distrito sanitário.

Solicitou-se autorização da SMS para o desenvolvimento dessa pesquisa através de seus bancos de dados assim como a colaboração das gerentes distritais e coordenadores das unidades para a liberação das requisições de exames autorizadas no mês de março de 2008.

Para auxiliar no reconhecimento dos profissionais no momento de contagem das requisições solicitou-se uma relação de todas as unidades básicas de saúde e seus respectivos médicos especialistas.

Foi realizado um projeto piloto na unidade de saúde Vila Branca com as referências do mês de dezembro de 2007. Os dados foram colhidos e analisados para garantir a validação do projeto. A unidade foi escolhida, pois é de fácil acesso e possui mais profissionais em relação às outras unidades do distrito norte.

### **3.3 Aspectos Éticos**

Este projeto de pesquisa passou pela comissão de ética da UFRGS para aprovação, respeitando todos os processos éticos que essa pesquisa exige. Teve também a liberação da Secretaria Municipal de Saúde para a coleta dos dados necessários. Para preservar os profissionais não foi utilizado o nome das unidades básicas de saúde. Optou-se por utilizar a seqüência numérica (do 01 ao 13) para diferenciá-las.

### **3.4 Análise de dados**

Realizou-se testes de Correlação entre as variáveis desse estudo através da análise estatística dos dados conforme os seguintes objetivos:

- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas por formação médicas em todas as unidades de saúde;
- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas por todos os médicos especialistas e não-especialistas em cada unidade de saúde;
- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas separados por formação médica em cada unidades de saúde;
- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas de todos os médicos especialistas e não-especialistas dos distritos sanitários Norte, Sul e Centro.

- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas separados por formação médica dos distritos sanitários Norte, Sul e Centro.
- Análise do índice de exames complementares por unidades e população;
- Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), por requisição de exames complementares fornecidos;

Os valores das variáveis foram avaliados com o programa Excel 2003 e apresentados através de tabelas. O programa respondeu bem a organização e avaliação dos dados.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

### 4.1 A Auditoria no SUS e a Avaliação da Qualidade

O sistema único de saúde (SUS) tem seu papel definido na lei orgânica da saúde – Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990), na qual traz em seu artigo 15 que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, exercerão, em caráter administrativo, a avaliação e o controle dos serviços de saúde e a avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. Em seu artigo 17 da mesma lei, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

O Sistema Nacional de Auditoria foi instituído pela Lei n. 8689/93 e compete a esse a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, sendo realizada de forma descentralizada. O Decreto Estadual n. 38.546/98 traz que as atividades de auditoria contábil, financeira e patrimonial e a avaliação de desempenho, qualidade e resolutividade dos órgãos públicos e privados que integrem a rede SUS se estenderão aos municípios de saúde e aos consórcios municipais.

A auditoria no SUS surge para controlar o próprio sistema público de saúde, regulando o cumprimento dos preceitos constitucionais e normativos do SUS, avaliando em caráter técnico os serviços de saúde, as políticas de saúde e a análise dos custos destinados a essas políticas constatando os impactos gerados por essas ações em relação à qualidade da atenção em saúde. Visa à eficácia, eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde.

A programação dos serviços de saúde refere-se a um conjunto de ações que, a partir de um referencial teórico, utiliza como intervenção ações que irão produzir efeito sobre a saúde individual e coletiva (Fekete, 2000).

A avaliação deve contribuir para compreendermos esses efeitos produzidos através das ações desenvolvidas, possibilitando a correção das discrepâncias, corrigindo a programações das ações e assim, alcançando os objetivos propostos.

Como finalidade da auditoria podemos destacar a identificação das irregularidades e inconformidades na gestão e a apresentação de propostas para corrigi-las, qualificando a gestão. A otimização dos recursos financeiros, fazendo que os desperdícios sejam evitados, tendo o pensamento da economicidade torna possível o cumprimento das políticas públicas com qualidade e condições técnicas adequadas.

Para tanto, a utilização de indicadores de prestação de serviços é uma maneira de identificar as distorções e rever os planejamentos e as organizações dos serviços de saúde. Utilizam-se alguns indicadores quantitativos e qualitativos.

Na auditoria analítica usamos alguns indicadores quantitativos como: gasto “per capita”, média de permanência de internações, taxa de alcance de meta, taxa de cesárea, taxa de solicitação de diagnose ou terapia, entre outros. Podemos calcular a taxa de solicitação de patologia clínica nas consultas médicas através da seguinte fórmula (Caleman, 1998):

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exames de patologia clínica na Área "A", período 99/}}{\text{n}^{\circ} \text{ de consultas médicas na mesma área e período}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de solicitação de radiologia clínica na área "A", período 99/}}{\text{n}^{\circ} \text{ consultas médicas no mesmo ano e período}} \times 100$$

Quando falamos em qualidade dos serviços de saúde devemos nos basear em três aspectos propostos por Donabedian: estrutura, processo e resultado. (Reis, 1990). Esse autor vem acrescentando muito na área de avaliação em saúde e dificilmente encontramos um trabalho que não o cite.

Conforme nos traz Donabedian<sup>1</sup> (1978 *apud* Reis 1990, p 53):

---

<sup>1</sup> DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, Hohn R. C.; WYSZEWIANSKI, Leon. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Med Care* 20 (10): 1975-92, 1982.

O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

A avaliação do processo analisa as atividades realizadas pelos profissionais da assistência, tanto diagnósticas, como terapêuticas e de reabilitação numa visão holística e contínua.

As equipas e os gestores de saúde podem identificar pontos no qual devem ser melhorados para garantir a qualidade dos serviços, entre esses podemos destacar: os registos, as solicitações de exames, as prescrições, os encaminhamentos a outros níveis de atenção, entre outros mais (Tavares, 2006).

Para Donabedian<sup>1</sup> (1982 apud Reis 1990), a auditoria é uma ferramenta eficaz para assegurar a qualidade do cuidado podendo ser realizada de três maneiras: interna ou externa, administrativa ou profissional e por revisão de casos ou estatística. O autor nos refere que a abordagem mais eficiente e eficaz é o último item, pois permite numa análise estatística ter uma rápida revisão geral da situação, mostrando as fraquezas na qual deveriam ser detalhadas por uma revisão de casos.

A avaliação dos serviços de saúde é um processo sistemático buscando analisar o impacto de determinadas ações. Tem a finalidade de garantir a qualidade da atenção à saúde, contribuindo para o melhoramento dos serviços.

Fekete (2000) mostra que a qualidade é um conceito que agrega vários componente como a acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade.

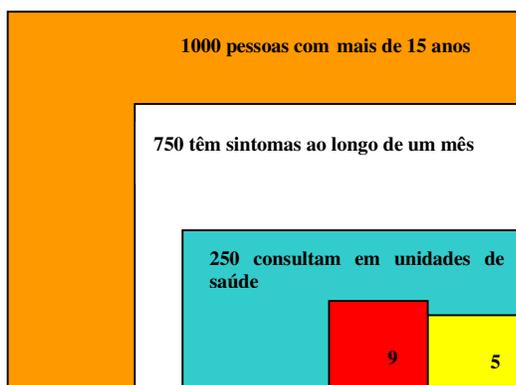
#### **4.2 A Consulta Médica na Atenção Primária**

A consulta ambulatorial faz parte da rotina médica. É o momento de escuta na qual se estabelece um diagnóstico e o manejo dos problemas apresentados. O médico procura conhecer o paciente e entendê-lo como um todo, vendo-o de maneira singular e com seu contexto social. A comunicação deve ser efetiva, pois determinará o sucesso da relação médico-paciente. (Tavares, 2006)

O autor fala também que o clínico deve sistematizar três diagnósticos: o clínico, o psicofamiliar e o social. Com base neles e tendo o conhecimento de suas

interligações pode-se propiciar ao paciente uma conduta correta com chances aumentadas de sucesso e satisfação.

Para termos uma base de quanto que são os encaminhamentos nas consultas médicas mostramos o estudo de White<sup>2</sup> apud Takeda (2006) que demonstrou que a cada 1000 pacientes, 750 têm algum sintoma ao longo de um mês. Desses, 250 pacientes consultam em uma unidade de saúde sendo que 5% desses serão encaminhados para especialista e 9% serão hospitalizadas.



**FIGURA 1.** Estimativas de prevalência mensal de problemas de saúde na população e o papel dos médicos, hospitais e universidades na provisão do cuidado médico. Estudo de White apud Takeda, 2006, p. 77.

Takeda (2006) nos traz que existe uma ampla variedade de problemas de saúde, porém alguns são muito freqüentes. Diz que o manejo adequado dos diagnósticos mais freqüentes permite a resolução de mais de metade da demanda em ambulatórios gerais.

No atendimento ambulatorial muitos casos são resolvidos baseados na semiologia baseada em evidências, visto que os exames podem não estar disponibilizados ou demorarem para ser realizados. Os dados do exame clínico (história do paciente e exame físico) não acarretam maiores riscos, têm baixo custo. Para Silva e Duncan (2006), deve-se favorecer a capacidade de realização de diagnósticos baseada no exame clínico.

Segundo Epstein (1998), 80% dos diagnósticos médicos são baseados na entrevista com o paciente.

<sup>2</sup> White, K. L.; Williams T. F.; Greenberg B. G. The ecology of medical care. N Engl Med, 1961; 265:885-92.

### 4.3 O Processo Diagnóstico e a Solicitação de Exames

Segundo Reis (1990), com o aumento da complexidade da atenção, o surgimento de mais tecnologias e procedimentos médicos houve um aumento nos custos da atenção médica. A partir disso começou-se a pensar em pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos em saúde. Esse aumento de custos e o crescimento da tecnologia para diagnósticos e tratamentos não resultou em redução da morbimortalidade.

Takeda (2006) em um estudo realizado no Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, em 1996, mostra que 88% das consultas não tiveram nenhum encaminhamento, 3% foram encaminhados para outros setores (não saúde) e 9% foram encaminhados para o segundo e terceiro níveis de atenção. Os problemas de saúde encontrados na população são de diferentes naturezas e requerem atenção não somente médica, mas de diferentes profissionais. Tais problemas representam menor custo financeiro, pois dispensam grandes tecnologias em aparelhos para serem resolvidos.

Na atenção primária encontramos em maiores proporções pacientes em tratamentos continuados em comparação a pacientes em primeira consulta, pois os profissionais, em geral, são responsáveis pelo atendimento das pessoas ao longo tempo, possuem vínculo com a comunidade. (Takeda, 2006)

Como integrante da consulta médica a solicitação de exames faz-se necessária em alguns casos. Para Kloetzel (2006), cada 100 consultas ambulatoriais geraria em torno de 30 a 40 exames complementares, dos quais 4 são exames de imagens, coincidindo com as melhores práticas do exterior. Traz também que no SUS o teto estipulado é de 55 a 60 exames por 100 consultas e ainda assim, julgado insuficiente.

Para esse autor, os exames complementares trazem uma pequena contribuição, dando uma estimativa da importância relativa da anamnese, do exame físico e dos exames na finalização do diagnóstico. O exame clínico é de fundamental importância na consulta médica, já que os exames de rotina são pouco úteis. Na prática, cada vez mais a anamnese e o exame clínico estão ficando em posição subalterna, resultando em um atendimento médico não tão efetivo e eficaz. Em determinadas situações os exames complementares são de importante contribuição ao diagnóstico e mesmo indispensáveis.

O Ministério da saúde, através da Portaria nº. 1101/GM de junho de 2002, traz os parâmetros assistenciais no SUS para auxiliar gestores no planejamento, regulação e avaliação do SUS. A Portaria traz que a cada 100 consultas ambulatoriais poderão gerar de 30 a 50 exames de laboratório, 5 a 8 radiografia e 1 a 1,5 ultra-sonografia.

Segundo Santos Jr. (2006), estima-se que 60% dos exames realizados de rotina nos pacientes poderiam ser dispensados sem qualquer risco ao paciente e, que as alterações nos exames poderiam ser previstos na avaliação clínica. A solicitação de exames sem a devida necessidade gera maior custo financeiro ao sistema público, desconforto entre os profissionais, instabilidade emocional ao paciente, o que traz potencial prejuízo a esse.

A medicina encontra-se mercantilizada. Os pacientes por influência dos canais de comunicação, principalmente pela internet transformam os métodos diagnósticos em bens de consumo. Muitas vezes, entram no consultório do médico com a lista pronta de tudo o que desejam solicitar, desde um simples hemograma até uma ressonância magnética. O profissional da saúde “em geral está bem preparado para o mercado de consumo e muito mal preparado para o exercício da medicina” (Santos Jr., 2006).

Para o mesmo autor, houve uma redução no setor primário e secundário e um aumento exagerado no setor terciário da saúde pública. Setor esse que emprega equipamentos altamente sofisticados e procedimentos complexos. De um lado vemos os médicos geradores de consumo, muito mercantilistas, de outro lado, o paciente, grande consumidor dessas tecnologias. Pode ser comum o paciente chegar ao consultório com sintoma abdominal e, o profissional solicitar um exame tomográfico ou ultra-sonográfico sem mesmo levar em conta a história do paciente, o exame clínico, que indicasse talvez apenas o tratamento para uma verminose intestinal.

A grande solicitação de exames também provém do medo do médico. Com muitos exames cria uma proteção contra processos legais por parte do paciente ou de seus familiares contra o ato médico na presença de complicações. Porém, sabe-se que quanto mais exames são solicitados maiores são as probabilidades de resultados não verdadeiros, de exames realizados sem a alteração na sobrevida do paciente. Santos Jr., (2006), traz que testes laboratoriais em pessoas normais darão

resultados anormais em 5% das vezes e, quando 10 exames são feitos, há 50% de probabilidade que um dê um resultado anormal.

O exame desnecessário, a interpretação equivocada, o ato comisso, a incontestável imprudência podem ser os motivos para o desfecho fatal. Fatos como esses, em geral, são originados pelo “marketing” do médico ou da empresa. Não se mede esforço para a proteção do paciente; mas exames, pelo simples fato de ser, não significam esforço; não protegem o paciente, muito menos o profissional; não qualificam o atendimento, pelo contrário, podem desqualificar, criando um perfil indesejável da doença, do paciente e do médico. (Santos Jr., 2006, p.76)

Muitos dos exames solicitados em consultas não conseguem ser realizados, pois a quantidade crescente de exames faz que os serviços trabalhem com seu teto de exames a autorizar esgotado. Esse aumento de demanda também faz os laboratórios demorarem nas liberações dos resultados, dificultando o diagnóstico e a conduta médica.

Segundo Kloetzel (2006 p.139):

Os exames complementares são particularmente nocivos quando empregados no diagnóstico de doenças de baixa prevalência, no rastreamento populacional ou – um assunto de todos os dias – na prática de encomendar ao laboratório toda uma bateria de exames, digamos a título de curiosidade, com o fim de “melhor documentar o caso” ou só “para ver como está”, sem que haja o mínimo elemento de suspeita clínica que possa justificá-los.

Situações assim são muito comuns na atenção primária. Os médicos são ensinados, geralmente, em hospitais e quando atendem nas unidades de saúde sentem-se desprotegidos pela falta de exames diagnósticos como tem acesso nos hospitais. Para esses profissionais os casos mais simples como uma escabiose podem ser encarados como uma dermatite severa e encaminhados a especialistas para exames mais específicos.

#### **4.4 A Medicina Baseada em Evidências**

A Medicina Baseada em Evidências consiste em informações geradas a partir de pesquisas clínicas de qualidade e de experiências profissionais que norteiam o médico na melhor consulta frente à situação em que se deve tomar uma decisão.

Reconhece duas fontes principais de informação: o paciente e a pesquisa clínico-epidemiológica. As decisões devem basear-se em investigações clínicas que quantifiquem os benéficos, riscos e custos (Duncan, 2006).

A partir da estratégia da Medicina Baseada em Evidências (BEM) um lugar de busca para as melhores evidências científicas são os *guidelines*. Esses são desenvolvidos por sociedades ou organismos oficiais seguindo as recomendações dos centros de BEM. As diretrizes têm o objetivo de sistematizar, padronizar as condutas auxiliando o médico no raciocínio e na tomada de decisão (Leite, 1999).

O modelo pedagógico na qual o médico é formado, o faz entender a doença e não o processo de adoecimento, sua formação é baseada na presença do professor, o que o impede de buscar informações por si. Geralmente, médicos com formação recente tendem a solicitar mais exames que os necessários. É nesse aspecto que os *guidelines* vêm para auxiliar o profissional na racionalização dos recursos, incentivar a pesquisa e adotar padrões institucionais. Servem também para reduzir a diferença de práticas individuais. Dentro dessas diretrizes encontramos os protocolos clínicos. São mais formalizados, estruturados e rígidos, estão sempre sendo atualizados conforme o estudo das melhores evidências clínicas (Leite, 1999).

Verstappen (2004) nos traz um estudo com dois grupos de médicos da atenção primária com a finalidade de avaliar as solicitações de exames por esses profissionais. Um dos grupos foi de controle e o outro passou por intervenções como educação continuada utilizando a medicina baseada em evidências e grupos de discussões concentrado em três áreas de conhecimento: a cardiologia, trato digestivo alto e trato digestivo baixo. O grupo que passou pelas intervenções trabalhou com base nos *guidelines* e com isso reduziu o número de exames solicitados melhorando a qualidade do serviço.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

De todas as unidades de saúde do município de Gravataí, onze foram avaliadas e duas não puderam entrar no estudo, pois não tinham disponíveis seus dados. A Unidade básica n.12 ficou um período sem coordenação, sendo as requisições de exames encaminhadas ao almoxarifado. A Unidade n.13 também encaminhou seus pedidos de exames ao almoxarifado ficando difícil o acesso a esses dados.

A unidade de Saúde n.08 em sua contagem do total de consultas e total de exames, não foi colocada a produção do pediatra, pois não foi encontrado esse dado no sistema de informação e a coordenação também não dispunha dessa informação. Foi feito o cálculo baseado no número de consultas e exames do clínico e do ginecologista.

Ao serem contados os exames foram identificados que muitos médicos solicitavam exames que, se houvesse protocolos clínicos, não teriam a necessidade de serem solicitados. Alguns médicos solicitavam nas requisições um conjunto de exames muito parecidos para a maioria de seus pacientes.

A análise do preenchimento das requisições também foi realizada. Muitos formulários foram mal preenchidos faltando dados do paciente. Em algumas requisições a justificativa para solicitação dos exames também não foi adequada para comprovar a real necessidade de serem solicitados.

✚ Análise de exames complementares (séricos, uroanálise, coprológico) solicitados nas consultas por formação médica em todas as unidades:

**Tabela 2 – Comparação de solicitações de exames laboratoriais por formação médica de todas as unidades básicas de saúde.**

	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
<b>Clinicos</b>	4864	10497	2,2	1279	8,2	26,3
<b>Pediatra</b>	2170	1294	0,6	364	3,6	16,8
<b>Gineco</b>	2188	3703	1,7	700	5,3	32,0

De um modo geral, o número de exames laboratoriais solicitados por consultas médicas ficou acima do esperado, conforme os parâmetros assistenciais do SUS que estipula em torno de 0,3 a 0,5 exames por consulta médica. Para facilitar a compreensão dos dados será utilizada a média desses valores, ou seja, 0,4 exames por consulta médica.

Os exames dos clínicos geral ficaram acima do esperado com 2,2 o que representa em média 550% exames a mais, cerca de 5 a 6 vezes mais que nos traz os parâmetros do SUS.

Os pediatras ficaram acima do esperado com 0,6 exames por consulta. Isso quer dizer que pediram nas suas consultas em torno de 150% a mais, ou seja, 1,5 vezes mais que o recomendado.

Os ginecologistas ficaram acima do recomendado com 1,7 exames por consulta o que representa em média, 425% a mais, ou 4,2 vezes do valor. Não podemos deixar de lembrar que todos atendem consultas de pré-natal o que poderia ocasionar uma solicitação maior de exames. Para atender ao Programa de Humanização do Pré-Natal alguns exames são tidos como obrigatórios. Na primeira consulta são solicitados Hematócrito, Hemoglobina, VDRL, urina, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, fator Rh, Toxoplasma, HBsAg e HIV. Em torno da 20ª semana são solicitados glicemia, VDRL e urina.

Quanto ao encaminhamento de exames, os profissionais que mais geraram exames em suas consultas são os ginecologistas com 32% e depois os clínicos com 26,3%. Os ginecologistas apresentam valores de encaminhamentos mais altos, pois atendem consultas de pré-natal.

Os clínicos atendem um quantitativo de pessoas maior que as outras especialidades. Em comparação aos ginecologistas, os clínicos atendem 222% a mais de pacientes e em comparação aos pediatras, 224%.

Os que menos encaminham os pacientes a exames são os pediatras. Isso se dá talvez, pela forma que conduzem suas consultas ressaltando o exame físico e anamnese sendo resolutivos em suas consultas.

Cada consulta que gera uma solicitação de exames, em média, contém 8,2 exames para as consultas clínicas, 3,6 para consultas pediátricas e 5,3 para consultas ginecológicas e obstétricas. Nas consultas geradoras de exames os clínicos solicitam muitos exames por requisição em comparação com os pediatras e aos ginecologistas.

- ✚ Análise do índice de exames complementares (séricos, uroanálise, coprológico) solicitados nas consultas por todos os médicos especialistas e não-especialistas em cada unidade de saúde;

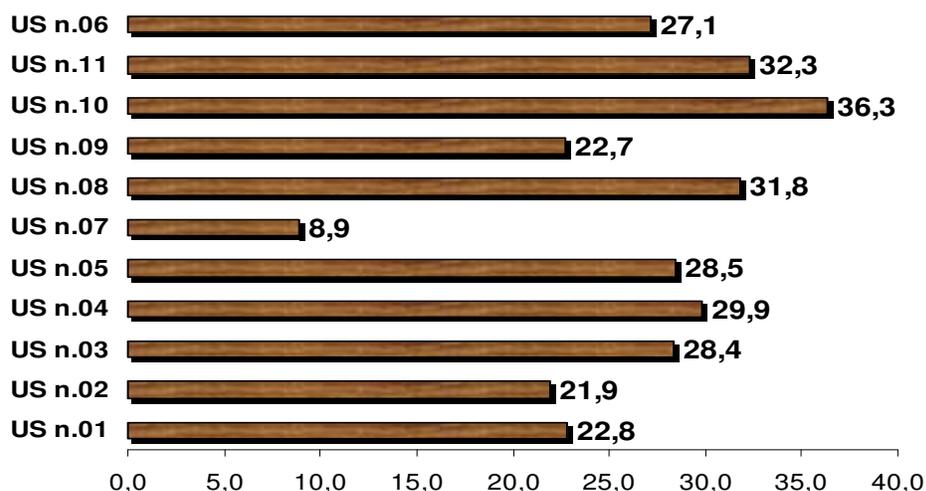
**Tabela 3 – Análise dos exames laboratoriais por unidade básica de saúde.**

	Nº consultas médicas	Total exames Laboratoriais	Nº Exames laboratoriais pelo total consultas	Nº Total de Requisições	Média de Exames por Requisição	% consultas que geraram exames
<b>US n.01</b>	955	1552	1,6	218	7,1	22,8
<b>US n.02</b>	1139	1844	1,6	250	7,4	21,9
<b>US n.03</b>	797	1497	1,9	226	6,6	28,4
<b>US n.04</b>	787	1779	2,3	235	7,6	29,9
<b>US n.05</b>	717	1049	1,5	204	5,1	28,5
<b>US n.06</b>	884	1357	1,5	240	5,7	27,1
<b>US n.07</b>	1078	584	0,5	96	6,1	8,9
<b>US n.08</b>	510	1181	2,3	162	7,3	31,8
<b>US n.09</b>	700	1106	1,6	159	7,0	22,7
<b>US n.10</b>	446	841	1,9	162	5,2	36,3
<b>US n.11</b>	1209	2704	2,2	391	6,9	32,3

A tabela mostra os valores de exames solicitados, consultas médicas, requisições de exames por unidade de saúde e os indicadores que essas variáveis geraram.

A seguir será analisado o percentual de consultas que geraram algum tipo de exame laboratorial.

**Gráfico 1 – Percentual de consultas que geraram exames de laboratório nas consultas de especialistas e não especialistas por unidade de saúde**



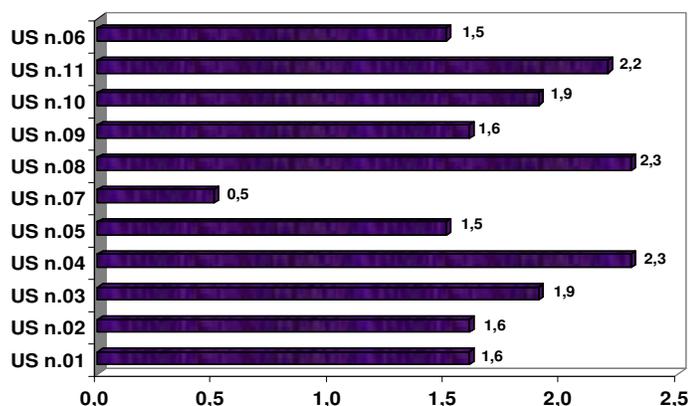
Entre as unidades há uma diferença no percentual de consultas que geraram exames. A unidade de saúde que mais encaminhou a exames nas consultas foi a Unidade básica de Saúde n.10 com 36,3% e a que menos encaminhou foi a Unidade Básica de Saúde n.07 com 8,9%.

Em média, os encaminhamentos a exames ficaram em 26,4%. Somente quatro unidades de saúde ficaram abaixo dessa média.

A Unidade de Saúde n.10 foi a unidade que ficou mais acima da média de encaminhamentos a exames representando um valor de 37,5%.

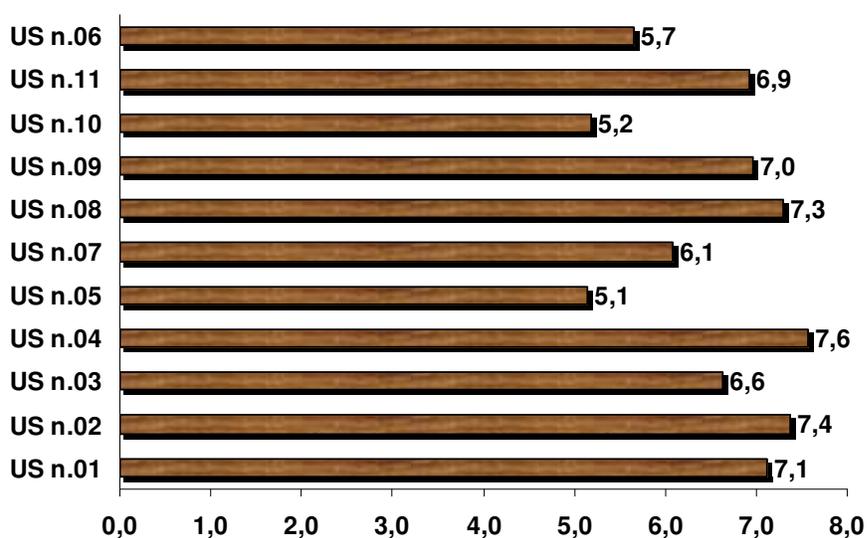
Podemos através da tabela analisar a média de exames laboratoriais por consulta médica em cada unidade de saúde. Vejamos o gráfico abaixo.

**Gráfico 2 – Média de exames complementares por consulta de especialistas e não especialistas por unidade de saúde.**



Nota-se uma diferença grande entre as unidades de saúde no número de exames por consultas. As unidades, em geral, ficaram muito acima dos parâmetros recomendados. A Unidade de saúde n.07 foi a que ficou no limite esperado pelos parâmetros assistenciais do SUS. Os médicos dessa unidade tendem a solicitar menos exames por consulta e atendem muitos pacientes por mês perdendo somente para a Unidade Básica de Saúde n.11 e n.02. As unidades que mais solicitaram exames foram as unidades n.04 e a unidade n.08 com um índice de 2,3 exames por consulta, ficaram na média de exames 575% a mais do recomendado no SUS. Isso corresponde a 5,7 vezes a mais do padrão.

**Gráfico 3 – Média de exames laboratoriais por requisição nas consultas de especialistas e não especialista por unidade de saúde.**



O número de exames por requisição também oscilou bastante entre as unidades de saúde. A média de exames por requisição de todas as unidades ficou em 6,5. Quatro unidades ficaram abaixo dessa média. As outras unidades ficaram acima da média em 1,5% à 16,9% analisando o menor e o maior valor. Isso demonstra que ao solicitar exames aos pacientes os médicos pedem muitos exames em uma mesma requisição.

- ✚ Análise dos exames complementares (séricos, uroanálise e coprológicos) solicitados nas consultas separados por formação médica em cada unidade de saúde:

**Tabela 4 – Análise dos exames complementares laboratoriais por unidade de saúde e por formação médica.**

	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
<b>US n.01</b>						
clínico	419	724	1,7	87	8,3	20,8
pediatra	313	171	0,5	46	3,7	14,7
gineco	223	657	2,9	85	7,7	38,1
<b>US n.02</b>						
clínico	556	1320	2,4	144	9,2	25,9
pediatra	337	76	0,2	31	2,5	9,2
gineco	246	448	1,8	75	6,0	30,5
<b>US n.03</b>						
clínico	535	1191	2,2	149	8,0	27,9
pediatra	125	86	0,7	32	2,7	25,6
gineco	137	220	1,6	45	4,9	32,8
<b>US n.04</b>						
clínico	483	1376	2,8	139	9,9	28,8
pediatra	242	248	1,0	52	4,8	21,5
gineco	62	155	2,5	44	3,5	71,0
<b>US n.05</b>						
clínico	297	764	2,6	111	6,9	37,4
pediatra	226	100	0,4	32	3,1	14,2
gineco	194	185	1,0	61	3,0	31,4
<b>US n.07</b>						
clínico	610	362	0,6	52	7,0	8,5
pediatra	273	125	0,5	28	4,5	10,3
gineco	195	97	0,5	16	6,1	8,2

<b>US n.08</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
clínico	351	918	2,6	115	8,0	32,8
pediatra	1	290		58	5,0	0,0
gineco	159	263	1,7	47	5,6	29,6
<b>US n.09</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
clínico	318	810	2,5	98	8,3	30,8
pediatra	217	169	0,8	38	4,4	17,5
gineco	165	127	0,8	23	5,5	13,9
<b>US n.10</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
clínico	237	535	2,3	85	6,3	35,9
pediatra	56	86	1,5	23	3,7	41,1
gineco	153	220	1,4	54	4,1	35,3
<b>US n.11</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
clínico	637	1550	2,4	176	8,8	27,6
pediatra	140	103	0,7	36	2,9	25,7
gineco	432	1051	2,4	179	5,9	41,4
<b>US n.06</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
clínico	421	947	2,2	123	7,7	29,2
pediatra	241	130	0,5	46	2,8	19,1
gineco	222	280	1,3	71	3,9	32,0

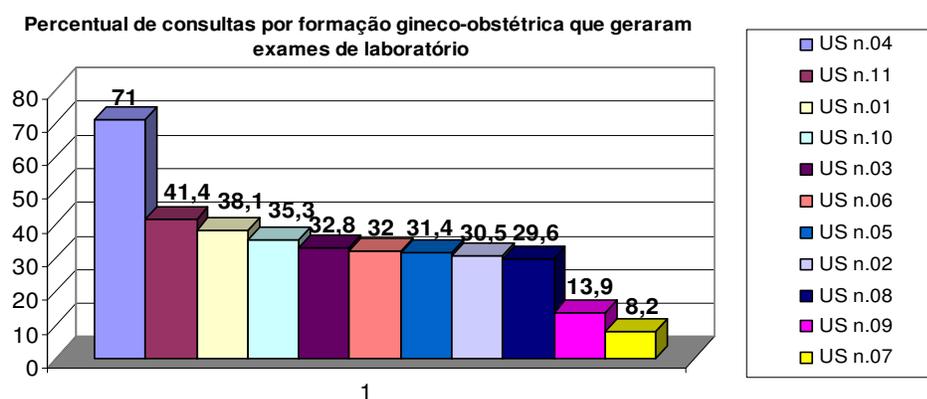
Analisaremos os encaminhamentos a exames nas consultas por formação médica e por unidade de saúde a partir dos dados da tabela acima.

**Tabela 5 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e porcentagem de consultas que geraram exames por especialidade Ginecologista-obstétrica e por Unidade Básica de Saúde.**

<b>Gineco</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
US n.01	223	657	2,9	85	7,7	38,1
US n.02	246	448	1,8	75	6,0	30,5
US n.03	137	220	1,6	45	4,9	32,8
US n.04	62	155	2,5	44	3,5	71,0

US n.05	194	185	1,0	61	3,0	31,4
US n.07	195	97	0,5	16	6,1	8,2
US n.08	159	263	1,7	47	5,6	29,6
US n.09	165	127	0,8	23	5,5	13,9
US n.10	153	220	1,4	54	4,1	35,3
US n.11	432	1051	2,4	179	5,9	41,4
US n.06	222	280	1,3	71	3,9	32

**Gráfico 4 – Percentual de consultas por formação Ginecologista-obstétrica que geraram exames de laboratório por unidade de saúde.**



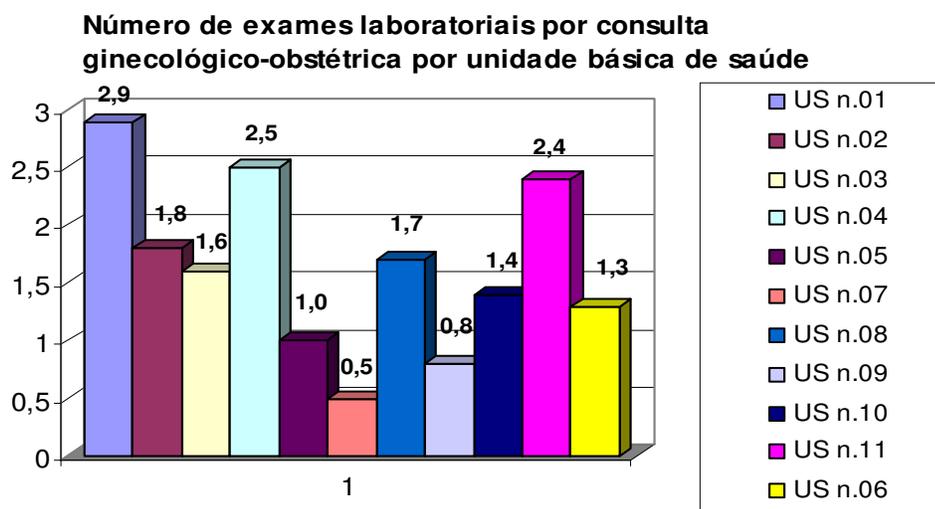
Analisando as consultas do ginecologista-obstetra em cada unidade de saúde vemos que a Unidade de Saúde n.04 se destaca chegando a 71% de encaminhamentos de exames nas consultas. Calculando a mediana desse intervalo vemos o percentual de encaminhamentos fica em 32% e a média 33%. Pelo gráfico, as unidades mantiveram-se na média.

A unidade Básica de Saúde n.09 e n.07 ficaram bem abaixo da média. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que mostrasse a percentagem de encaminhamentos de exames nas consultas para servir de referência a esse estudo.

Com base na média de encaminhamentos podemos questionar se as Unidades de Saúde n.07 e n.09 estão solicitando os exames necessários para o

Programa Humanização do Pré-Natal e com isso dando uma assistência efetiva e eficaz às gestantes.

**Gráfico 5 – Número de exames laboratoriais por consulta ginecológico-obstétrica por unidade de saúde.**



Pelos padrões de referência do SUS dez unidades básicas de saúde ficaram com seus índices acima do esperado. A unidade de saúde n.01 é a que mais se destaca em exames por consultas pelo ginecologista-obstetra ficando com um índice de 2,9 representando, em média, 725% ou 7,2 vezes a mais do valor de referência do SUS.

A unidade de saúde n.07 ficou com o índice de exames por consulta dentro do valor de referência que a Portaria nº.1101 traz de 0,3 a 0,5 exames a cada consulta médica.

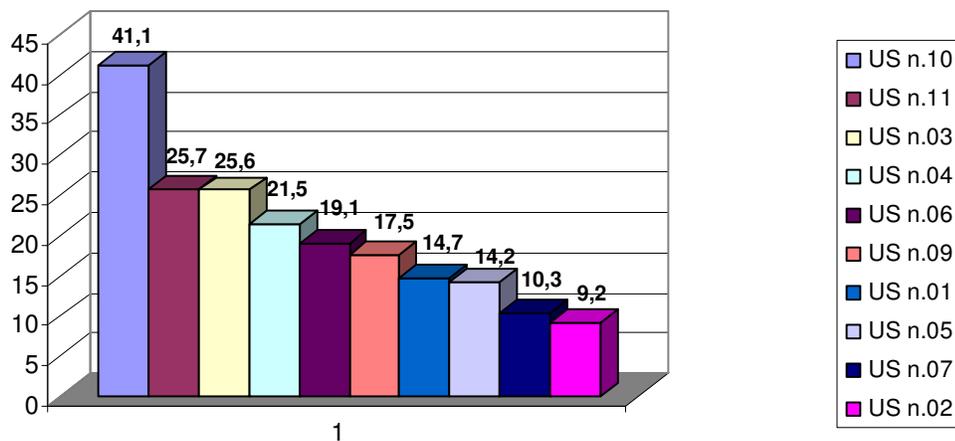
O número de atendimentos ficou próximo entre as unidades de saúde com exceção da unidade de saúde n.11. Essa unidade se destacou pela sua localização no centro da cidade atendendo os pacientes de fora da sua área de abrangência.

**Tabela 6 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e percentagem de consultas que geraram exames por especialidade pediátrica e por unidade básica de saúde.**

Pediatra	Nº consultas médicas	Total exames Laboratoriais	Nº Exames laboratoriais pelo total consultas	Nº Total de Requisições	Média de Exames por Requisição	% consultas que geraram exames
US n.01	313	171	0,5	46	3,7	14,7
US n.02	337	76	0,2	31	2,5	9,2
US n.03	125	86	0,7	32	2,7	25,6
US n.04	242	248	1,0	52	4,8	21,5
US n.05	226	100	0,4	32	3,1	14,2
US n.07	273	125	0,5	28	4,5	10,3
US n.09	217	169	0,8	38	4,4	17,5
US n.10	56	86	1,5	23	3,7	41,1
US n.11	140	103	0,7	36	2,9	25,7
US n.06	241	130	0,5	46	2,8	19,1

**Gráfico 6 – Percentual de consultas com formação pediátrica que geraram exames de laboratório por unidades de saúde.**

**Percentual de consultas pediátricas que geraram exames de laboratório**

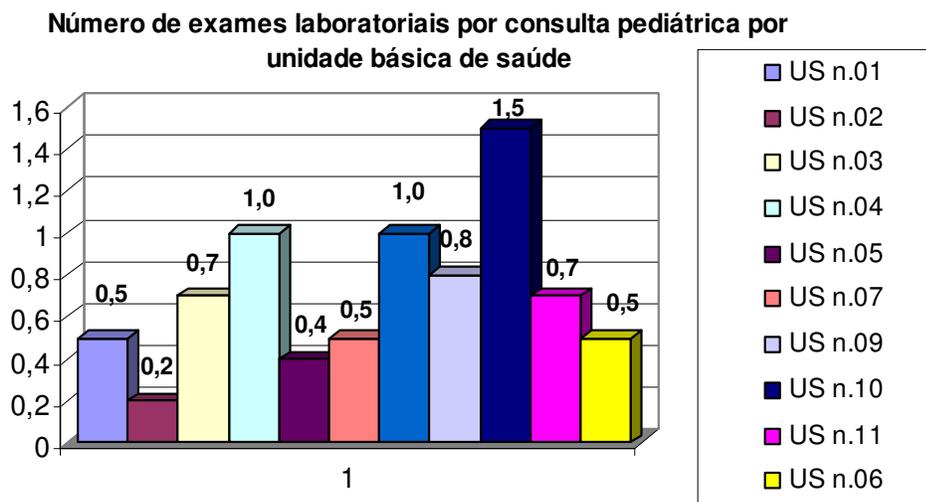


Ao calcular a média dos valores do gráfico vemos que se aproxima muito com a mediana ficando em 17,5 e 18,1 respectivamente. A unidade n.10 se destaca em

encaminhamentos a exames de laboratório por parte dos pediatras chegando a 41,1% de encaminhamentos.

Nota-se uma diferença entre as unidades chegando a valores mais baixos como 9,2% a valores altos como 41,1%. Cinco unidades de saúde ficaram abaixo da média, as outras cinco unidades tiveram valores acima.

**Gráfico 7 – Número de exames laboratoriais por consulta pediátrica por unidade de saúde.**



Podemos ver no gráfico que cinco unidades básicas de saúde ficaram dentro do valor esperado pelo SUS. As outras unidades da saúde ficaram acima da média em torno de 125% à 375% da média de referência do SUS. Também podemos dizer que ficou em torno de 1,2 a 3,7 vezes a mais do valor.

Em comparação aos ginecologistas e clínicos, os pediatras tendem a solicitar menos exames, pois suas consultas basicamente são realizadas com base no exame físico e anamnese da criança.

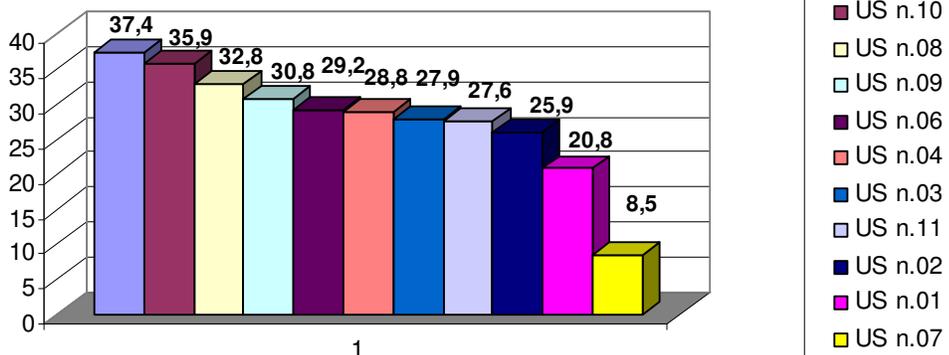
A unidade que menos solicitou exames por consulta foi a n.02 com um valor de 0,2 exames por consulta. Notamos que essa unidade atendeu mais consultas que a unidade n.10 que ficou em destaque com 1,5 exames por consulta como mostra o gráfico acima.

**Tabela 7 – Análise do número de exames por consulta, média de exames por requisições e porcentagem de consultas que geraram exames por especialidade clínica e por unidade básica de saúde.**

Clinico	Nº consultas médicas	Total exames Laboratoriais	Nº Exames laboratoriais pelo total consultas	Nº Total de Requisições	Média de Exames por Requisição	% consultas que geraram exames
US n.01	419	724	1,7	87	8,3	20,8
US n.02	556	1320	2,4	144	9,2	25,9
US n.03	535	1191	2,2	149	8	27,9
US n.04	483	1376	2,8	139	9,9	28,8
US n.05	297	764	2,6	111	6,9	37,4
US n.07	610	362	0,6	52	7	8,5
US n.08	351	918	2,6	115	8	32,8
US n.09	318	810	2,5	98	8,3	30,8
US n.10	237	535	2,3	85	6,3	35,9
US n.11	637	1550	2,4	176	8,8	27,6
US n.06	421	947	2,2	123	7,7	29,2

**Gráfico 8 – Percentual de consultas clínicas que geraram exames de laboratórios por unidades de saúde.**

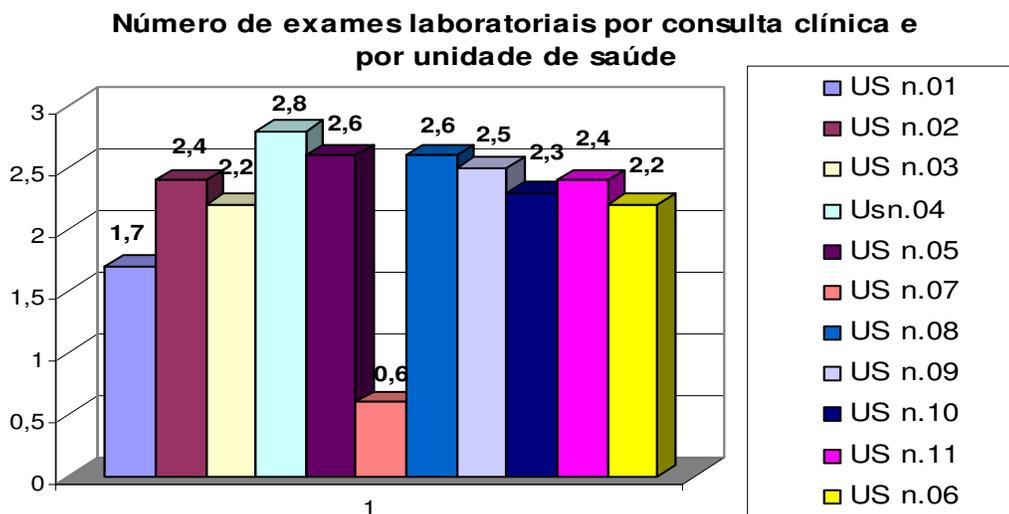
**Percentual de consultas clínicas que geraram solicitação de exames por unidade básica de saúde**



A média e a mediana ficaram muito próximas nessa série, 27,8 e 28,8%, respectivamente. Nota-se uma diferença entre as unidades em comparação com a média. A unidade em que os clínicos mais encaminham a exames é a Unidade de Saúde n.05, com 37,4% e a que menos encaminha a exames é a unidade n.07 com 8,5%. Observamos que a unidade n.07 atendeu mais pacientes, no mês de março de 2008, do que a unidade de saúde n.05 representando 205,4% a mais.

Apenas quatro unidades de saúde ficaram abaixo da média. Podemos dizer que 63% das unidades de saúde ficaram acima da média de 27,8% em encaminhamentos de exames nas consultas.

**Gráfico 9 – Número de exames laboratoriais por consulta clínica e por unidade básica de saúde.**



Analisando o gráfico acima todas as unidades ficaram acima dos valores recomendados pela Portaria nº. 1101 de 2002. A unidade que se destacou em exames por consultas foi a Unidade de saúde n.04 com 2,8 e a que teve o indicador mais baixo foi a n.07 com 0,6 exames por consulta.

A unidade de saúde n.04 ficou 700% ,em média, acima do valor de referência do SUS, cerca de 7 vezes a mais.

A unidade de saúde n.07 destaca-se pela baixa solicitação de exames por consultas, embora tenha ficado pouco acima da média. A unidade foi uma das que mais gerou atendimentos clínicos no mês de março só perdendo para a unidade de saúde n.11.

- ✚ Análise do índice de exames complementares (séricos, de uroanálise, coprológicos e Raio-X), solicitados nas consultas de todos os médicos especialistas e não-especialistas dos distritos sanitários Norte, Sul e Centro.

As unidades básicas de saúde do distrito norte são: U.S. n.05, U.S. n.06, U.S. n.04, U.S. n.03, U.S. n.02, U.S. n.01. O distrito centro é composto pelas unidades básicas n.10 e n.11. O distrito Sul é formado pelas unidades básicas de saúde n.07, n.08 e n.09.

**Tabela 8 - Avaliação do número de exames por consulta, média de exames por requisição e porcentagem de consultas que geraram exames por Distritos de Saúde.**

<b>Todos os médicos</b>	<b>Nº consultas médicas</b>	<b>Total exames Laboratoriais</b>	<b>Nº Exames laboratoriais pelo total consultas</b>	<b>Nº Total de Requisições</b>	<b>Média de Exames por Requisição</b>	<b>% consultas que geraram exames</b>
<b>Norte</b>	5279	9078	1,7	1373	6,6	26,0
<b>Centro</b>	1655	3545	2,1	553	6,4	33,4
<b>Sul</b>	2288	2871	1,3	417	6,9	18,2

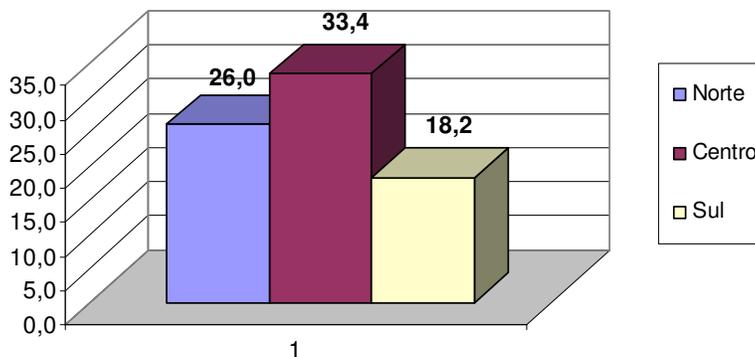
O Distrito Norte é composto por 100% de unidades básicas de saúde. Nos outros distritos há a presença também de Unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Todos os distritos de saúde ficaram com a média de exames por consulta acima dos parâmetros estipulados pelo SUS. O Distrito Centro ficou mais acima do indicado com 2,1 exames por consulta correspondendo a 525% da média de valores de referência do SUS. Após ficou o Distrito Norte com 1,7 exames por consulta médica correspondendo a 425% acima dos parâmetros. Por último, o Distrito Sul com 1,3 exames por consulta ficando em 325% acima do recomendado.

A média de exames por requisição ficou muito próxima entre os distritos com diferença entre 0,2 e 0,5.

Gráfico 10 – Percentual de consultas que geraram exames laboratoriais por Distrito de Saúde.

Percentual de consultas que geraram exames laboratoriais por Distrito de Saúde



Como mostra o gráfico acima, o Distrito Centro é o que mais encaminha a exames laboratoriais nas consultas médicas com 33,4% de encaminhamentos após temos o Distrito Norte com 26% e o Distrito Sul com 18,2% de encaminhamentos a exames laboratoriais.

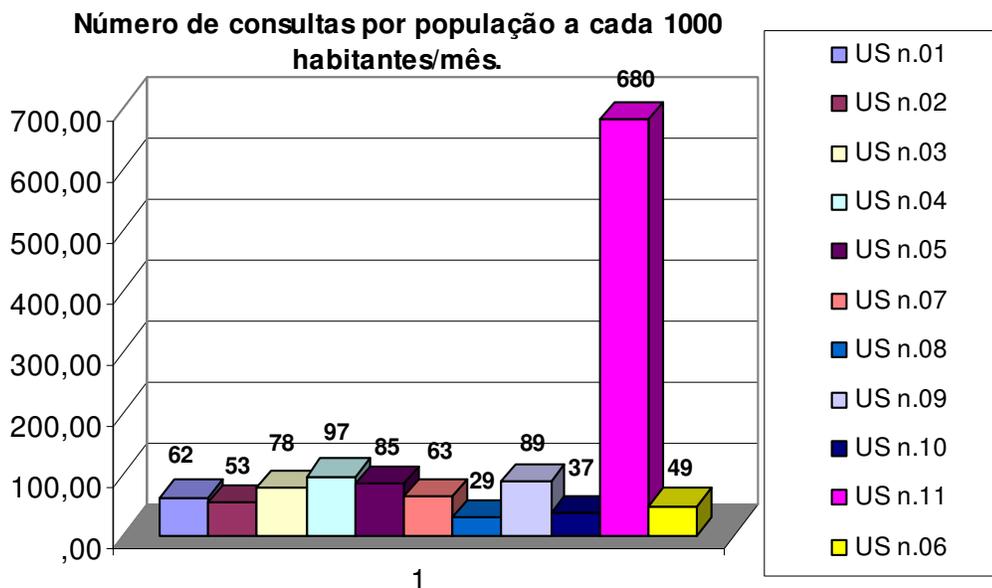
✚ Análise do índice de exames complementares por unidades e população.

Tabela 9 – Avaliação do número de exames por consulta, porcentagem de consultas que geraram exames laboratoriais e população por unidade de saúde.

Unidade	População	Consultas	Consultas por 1000 hab/mês	Exames por consulta	Exames/1000 hab/mês
US n.01	15399	955	62,02	1,6	99,2
US n.02	21468	1139	53,06	1,6	84,9
US n.03	10204	797	78,11	1,9	148,4
US n.04	8144	787	96,64	2,3	222,3
US n.05	8427	717	85,08	1,5	127,6
US n.07	17181	1078	62,74	0,5	31,4
US n.08	17479	510	29,18	2,3	67,1
US n.09	7903	700	88,57	1,6	141,7
US n.10	12052	446	37,01	1,9	70,3
US n.11	1777	1209	680,36	2,2	*
US n.06	18227	884	48,50	1,5	72,7
<b>Total</b>					106,6

Através dessa tabela podemos projetar o número de exames laboratoriais necessários a cada unidade levando em consideração sua população. Para o gestor se torna importante uma informação desse tipo, pois permite uma melhor gestão dos recursos financeiros. No total das unidades estudadas vemos que são necessários 106,6 exames a cada 1000 habitantes por mês. Para chegarmos a esse valor foi excluída a Unidade de Saúde n.11\*, pois representou um padrão muito fora do esperado, talvez por essa unidade atender demanda de outros lugares da cidade, pois se situa bem no centro de Gravataí próximo a locais de grande movimentação de pessoas.

**Gráfico 11 – Número de consultas por população de cada Unidade Básica de Saúde a cada 1000 habitantes.**



A média de consultas por população a cada 1000 habitantes ficou em 64,09. Como podemos ver a unidade n.11 sobressai muito das outras unidades, o que faz a unidade ser excluída da análise de exames por população. Esses valores representam a demanda populacional que conseguiu acesso à consulta médica nas unidades de saúde. Temos uma parte da população que não conseguiu o atendimento no devido mês. Portanto esses valores podem não demonstrar a realidade dessas populações, e sim dar uma idéia com base na oferta de cada unidade de saúde em termos de consulta médica.

- ✚ Análise do índice de exames radiológicos por consulta médica, formação médica, encaminhamentos a exames radiológicos por consulta.

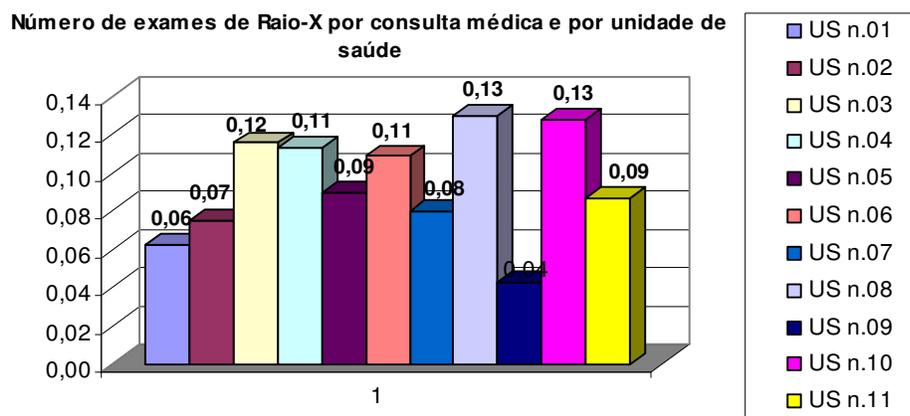
Nos exames de Raio-X analisados neste estudo estão excluídas as mamografias e outros exames de Raio-X mais complexos.

**Tabela 10 – Avaliação da média de exames de raio-X por consulta, por requisição e percentagem de consultas que geraram exames de raio-X por unidade de saúde.**

unidades	total consultas	Total exames RX	Nº requisições exames RX	média exames RX por requisição	Total exames RX por consulta	% Consultas que geraram exame RX
US n.01	955	59	37	1,6	0,06	3,9
US n.02	1139	85	62	1,4	0,07	5,4
US n.03	797	92	65	1,4	0,12	8,2
US n.04	787	89	58	1,5	0,11	7,4
US n.05	717	64	46	1,4	0,09	6,4
US n.06	884	96	48	2,0	0,11	5,4
US n.07	1078	86	55	1,6	0,08	5,1
US n.08	510	66	44	1,5	0,13	8,6
US n.09	700	30	24	1,3	0,04	3,4
US n.10	446	57	38	1,5	0,13	8,5
US n.11	1209	105	79	1,3	0,09	6,5

Será analisada a seguir as solicitações de exames de Raio-X por unidade de saúde fazendo uma comparação entre elas. Vejamos o gráfico abaixo.

**Gráfico 12 – Número de exames de Raio-X por consulta médica e por unidade de saúde**

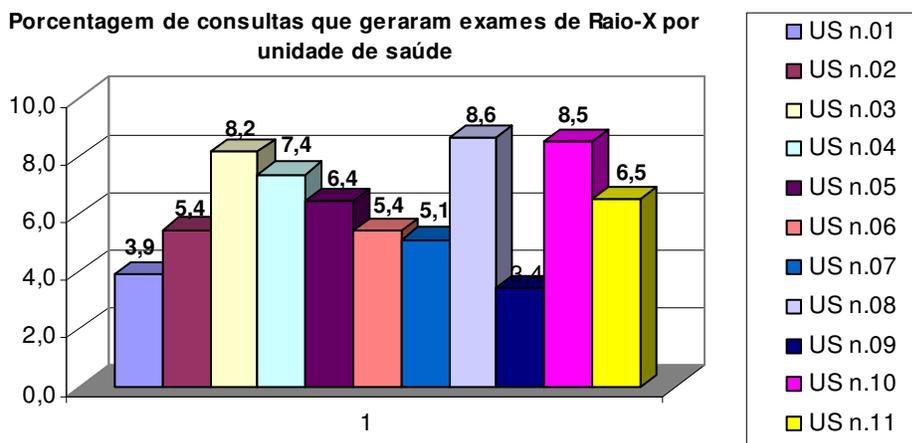


A Portaria nº. 1101 de 2002 nos diz que o número de exames de Raio-X a cada 100 consultas deve ser de 5 a 8 exames. Podemos dizer, a partir dessa informação que a média de exames de Raio-X por consulta fica em 0,05 e 0,08. Utilizaremos a média desses valores (0,06) para servir de parâmetros para analisarmos as unidades.

As unidades básicas de saúde n.08 e n.10 foram as que mais se destacaram em exames por consulta com 0,13 cada uma. Esse valor representa 217% do valor de referência do SUS, ou seja, 2,2 vezes a mais do normal.

A unidade básica de saúde que menos solicitou exames de Raio-X foi a Unidade n.09 com 0,04 exames por consulta. A unidade ficou abaixo do valor de referência do SUS.

**Gráfico 13 – Porcentagem de consultas médicas que geraram exames de Raio-X por unidade de saúde**



Não foi encontrado na literatura algum estudo que indicasse a porcentagem de consultas que gerariam exames de Raio-X.

A média de consultas geradoras de exames ficou em 6,3%. Cinco das unidades ficaram abaixo dessa média. As outras seis unidades ficaram com valores mais altos e bem diferenciados entre elas.

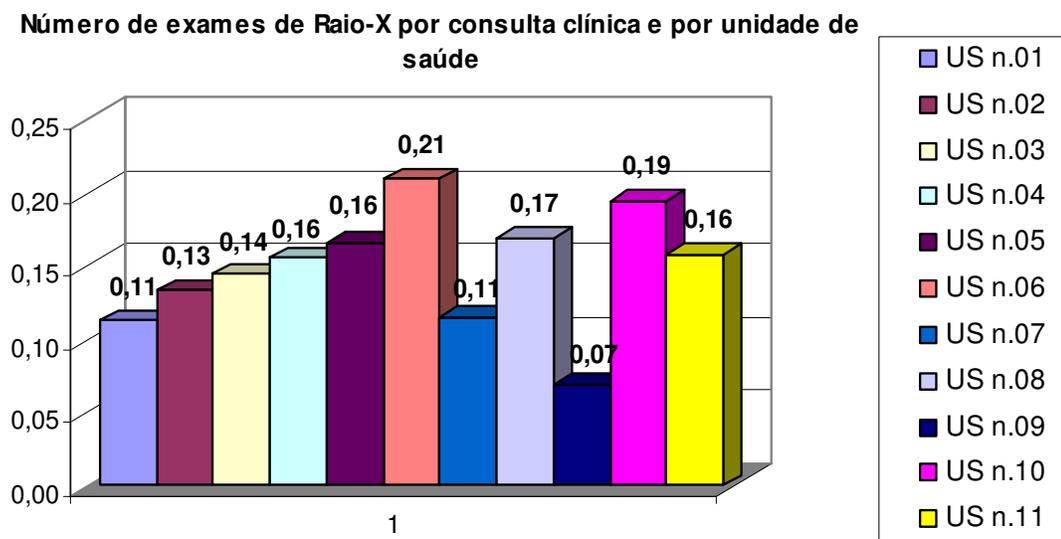
A unidade de saúde que mais encaminha a exames de Raio-X em suas consultas é a n.08 com 8,6% de encaminhamentos em contraste com a unidade n.09 que ficou com 3,4%.

🚧 Análise do índice de exames radiológicos por consulta Clínica e por unidade de saúde.

**Tabela 11 – Análise de solicitações de exames de Raio-X por consultas clínicas e por unidades de saúde.**

Clínico	total consultas	Total exames RX	Nº requisições exames RX	média exames RX por requisição	Total exames RX por consulta	% Consultas que geraram exame RX
US n.01	419	47	26	1,8	0,1	6,2
US n.02	556	74	55	1,4	0,1	9,9
US n.03	535	77	56	1,4	0,1	10,5
US n.04	483	75	50	1,5	0,2	10,4
US n.05	297	49	35	1,4	0,2	11,8
US n.06	421	88	41	2,2	0,2	9,7
US n.07	610	70	45	1,6	0,1	7,4
US n.08	351	59	41	1,4	0,2	16,8
US n.09	318	22	16	1,4	0,1	5,0
US n.10	237	46	32	1,4	0,2	13,5
US n.11	637	100	74	1,4	0,2	11,6

**Gráfico 14 – Número de exames de Raio-X por consulta clínica em cada unidade básica de saúde.**

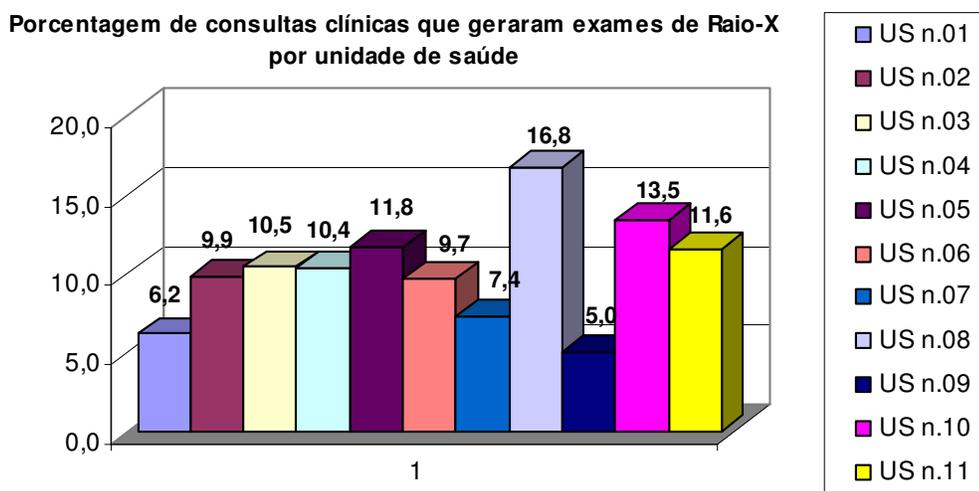


De acordo com o gráfico acima, todas as unidades de saúde ficaram com o número de exames Raio-X por consultas clínicas maior que a média do parâmetro assistencial do SUS de 0,06.

A diferença entre as unidades é muito pequena e somente perceptível quando aumentamos as casas decimais. A que possui o maior índice de exames radiológicos por consulta é a unidade de saúde n.06 com 0,21.

A unidade com menor índice de exames é a unidade n.09 com 0,07. Esses valores representam 116,7% e 350% respectivamente, ou seja, 1,2 a 3,5 vezes além do valor estipulado pela Portaria nº. 1101.

**Gráfico 15 – Porcentagem de consultas clínicas que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.**



Quanto ao número de consultas que geraram exames de Raio-X, a unidade básica de saúde n.08 foi a que mais encaminhou a exames com 16,8%. A unidade de saúde n.09 foi a que menos encaminhou seus pacientes a exames radiológicos.

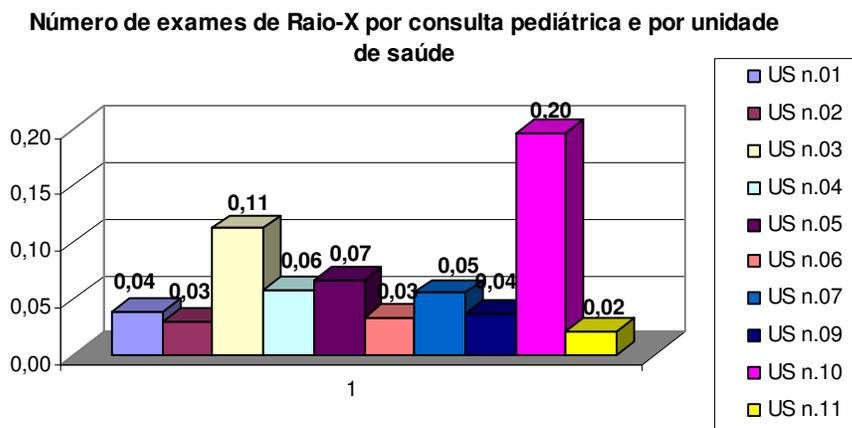
Em média, o número de consultas que geraram exames radiológicos ficou em 10,3%. Abaixo desse valor ficaram cinco unidades de saúde, ou seja, 45% das unidades estudadas.

✚ Análise do índice de exames radiológicos por consulta Pediátrica e por unidade de saúde.

**Tabela 12 – Análise dos exames de Raio-X solicitados nas consultas Pediátricas por unidades básicas de saúde.**

Pediatra	total consultas	Total exames RX	Nº requisições exames RX	média exames RX por requisição	Total exames RX por consulta	% Consultas que geraram exame RX
US n.01	313	12	11	1,1	0,04	3,1
US n.02	337	10	6	1,7	0,03	1,8
US n.03	125	14	7	2,0	0,11	5,6
US n.04	242	14	8	1,8	0,06	3,3
US n.05	226	15	11	1,4	0,07	4,9
US n.06	241	8	7	1,1	0,03	2,9
US n.07	273	15	9	1,7	0,05	3,3
US n.08	Sem dados					
US n.09	217	8	8	1,0	0,04	3,7
US n.10	56	11	6	1,8	0,20	10,7
US n.11	140	3	3	1,0	0,02	2,1

**Gráfico 16 – Número de exames de Raio-X nas consultas pediátricas por unidade básica de saúde.**

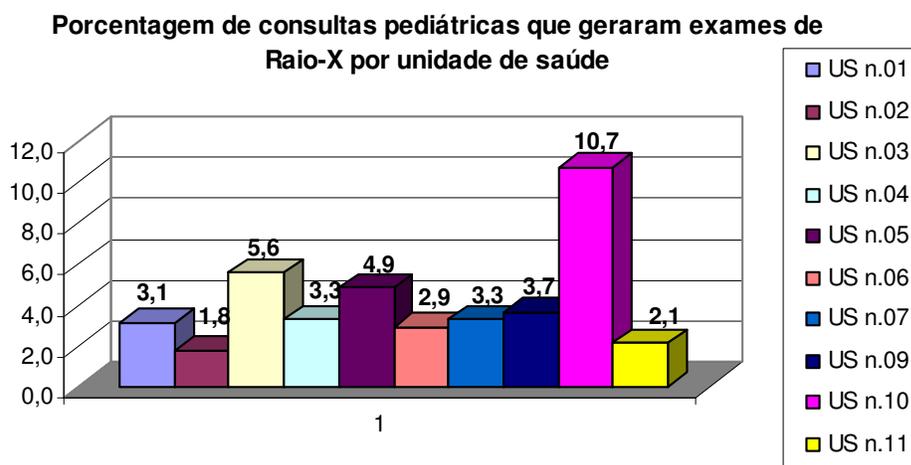


Com base no gráfico acima, a unidade de saúde que mais solicitou exames de Raio-X em suas consultas pediátricas foi a n.10 com 0,20. A unidade básica de saúde que menos solicitou exames em suas consultas foi a unidade n.11 com 0,02.

Podemos dizer que sete unidades ficaram abaixo da média (0,06) dos valores estipulados pela Portaria nº. 1101 que são de 0,05 a 0,08. Isso representa 63,6% das unidades básicas estudadas.

Em comparação com as solicitações de exames pelos clínicos, os pediatras conseguiram manter em maiores proporções os índices de solicitações dentro dos padrões do SUS. Os clínicos não conseguiram ficar abaixo do estipulado em nenhuma das unidades básicas de saúde estudadas.

**Gráfico 17 – Porcentagem de consultas pediátricas que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.**



A unidade básica de saúde n.10 foi a que mais encaminhou a exames radiológicos nas consultas pediátricas chegando a 10,7% em comparação com a unidade n.02 que ficou com uma taxa de encaminhamentos a exames de 1,8%.

Podemos destacar que os pediatras encaminham menos seus pacientes a exames de Raio-X do que os clínicos. Isso pode dever-se ao fato que nas crianças os problemas de saúde são mais fáceis de serem solucionados através de exame físico e anamnese. Como traz Takeda (2006), as patologias se repetem. Se o médico souber como lidar com os diagnósticos mais freqüentes terão a resolução de mais da metade da demanda.

- ✚ Análise do índice de exames radiológicos por consulta ginecológica-obstétrica e por unidade de saúde.

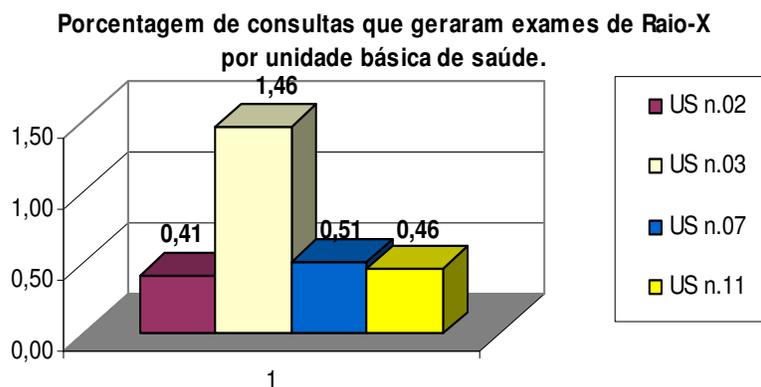
**Tabela 13 – Análise de exames radiológicos por consulta ginecológica em cada unidade básica de saúde.**

Gineco	total consultas	Total exames RX	Nº requisições exames RX	média exames RX por requisição	Total exames RX por consulta	% Consultas que geraram exame RX
US n.01	223	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.02	246	1	1	1,0	0,0	0,4
US n.03	137	1	2	1,0	0,0	1,5
US n.04	62	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.05	194	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.06	222	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.07	195	1	1	1,0	0,0	0,5
US n.08	159	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.09	165	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.10	153	0	0	0,0	0,0	0,0
US n.11	432	2	2	1,0	0,0	0,5

Os ginecologistas e obstetras tendem a não solicitar tantos exames radiológicos como os clínicos e pediatras. De todas as unidades estudadas apenas quatro tiveram solicitações de Raio-X pelos ginecologistas.

Como o valor de solicitação de Raio-X é baixa o índice de exames por consultas ficou em zero em todas as unidades.

**Gráfico 18 – Porcentagem de consulta ginecológica-obstétrica que geraram exames de Raio-X por unidade básica de saúde.**



No gráfico foram colocadas somente as unidades que encaminharam exames radiológicos nas consultas. Apenas a unidade São Geraldo ficou acima dos parâmetros assistenciais o SUS. As outras três unidades ficaram dentro do padrão esperado. Em comparação com os pediatras e com os clínicos, os ginecologistas são os que menos solicitam exames radiológicos.

Temos que levar em conta que o ginecologista aborda o público feminino e direciona-se em suas consultas na parte ginecológica feminina.

## CONCLUSÃO

---

A avaliação dos serviços de saúde é um fator importante para que se tenha um sistema de saúde desejável e economicamente acessível às três esferas do governo. A gestão dos custos em saúde no SUS deve começar a ser avaliada. O uso racional do dinheiro público é algo urgente e possibilita que haja uma alocação de recursos mais eqüitativa e universal.

O Município de Gravataí assumiu a gestão plena do sistema de saúde sendo responsável pela administração de seus recursos e pela garantia de assistência à saúde de seus habitantes. Para um planejamento das ações em saúde de maneira efetiva e eficaz a auditoria vem para auxiliar o gestor na tomada de decisões.

Várias áreas da saúde poderiam ter sido avaliadas na tentativa de racionalização do gasto público. Optou-se, nesse estudo a avaliação sobre os exames complementares visto que demonstram um orçamento grande no cofre da Prefeitura Municipal de Gravataí.

Os exames complementares têm sua importância na consulta médica, porém não devem ser a prioridade na mesma pelos riscos que podem oferecer ao paciente. É importante que os profissionais tenham consciência disso para iniciar um processo em busca da qualidade nos serviços.

Onze unidades básicas de saúde foram analisadas. Praticamente todas as unidades ficaram acima da média em exames laboratoriais e radiológicos recomendada pela Portaria n.1101 de 2002 que estabelece os parâmetros assistenciais do SUS. Isso representa um custo muito elevado ao município que perde em poder adquirir produtos necessários para prática assistencial ou adquirir novos exames, medicações adequadas para tratamento das patologias.

Cabe ao gestor municipal com posse dessas informações criar estratégias para melhorar o quadro atual. São necessárias intervenções pela equipe técnica e um processo de feedback para avaliações seqüenciais.

A utilização da medicina baseada em evidência auxilia nesse processo, pois sistematiza as condutas médicas e permite que o profissional trate seu paciente com base nas melhores evidências. A utilização de protocolos clínicos é algo que já vem sendo usado em algumas instituições, geralmente hospitalares, com grande sucesso.

Na atenção primária do SUS também devemos pensar na criação e utilização dos protocolos clínicos como tentativa de melhorar nossos indicadores de qualidade e conseqüentemente na redução dos custos em saúde.

Realizar uma gestão com ênfase na qualidade e instrumentalizar a rede de atenção primária no município de Gravataí pode trazer benefícios tanto aos profissionais, quanto aos usuários e ao gestor municipal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8689**, de 27 de julho de 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº1101/GM de 12 de junho de 2002**. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>

CALEMAN, G.; SANCHEZ, M. C.; MOREIRA, M. L. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. Vol. 5. Série Saúde e Cidadania. SP: Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, 1998.

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I. **Medicina baseada em evidências**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

EPSTEIN, Owen. Et al. **Exame clínico**. 2 ed. Artmed, 1996

FEKETE, Maria C. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. In: Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe da saúde da família. OPAS, 2000.

KLOETZEL, Kurt. **O diagnóstico clínico: estratégia e táticas**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEITE, A. J. M. **Medicina baseada em evidências**: um exemplo no campo da pediatria. J. Pediatr. V.75, n.4, p.215 – 226.

LIMA, Marcelo Vieira de. **A informática médica na atenção primária**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

REIS, Eduardo J. F. B. dos; et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde**: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1990. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de novembro de 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº. 38.546**, de 05 de junho de 1998. Institui e regulamenta o Sistema Estadual de Auditoria,, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial do Estado, 08 jun. 1998. Disponível em: <http://www.al.rs.gov/>. Arquivo capturado em 27 de maio de 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS JR, Júlio César Monteiro dos. **Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde**. Revista Brasileira de Coloproctologia. Rio de Janeiro. V. 26, n.1, jan/março, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 29 de Outubro de 2007.

SILVA, O. B. da; DUNCAN, B. B. **Semiologia baseada em evidências**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TAKEDA, Sílvia. **A organização de serviços de atenção primária à saúde**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina

ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TAVARES, Mario. **A prática da atenção primária à saúde**. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

VERSTAPPEN, Wim H. J. M. et al. **Improving test ordering in primary care** added value of a small-group quality improvement strategy compared with cl feedback only. *Annals of Family Medicine*. Vol. 2, n.6. November/december, 2004.

## **ANEXO 1**

## **TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a disponibilizar gratuitamente e a publicar, em seu site ou por qualquer outro meio, para fins de leitura e/ou impressão pela internet, o texto integral ou parcial dos trabalhos, de minha autoria realizado sob demanda pedagógica de disciplinas específicas ou sob orientação ao longo do Curso de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sem ressarcimento dos direitos autorais, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade a partir do encerramento do Curso, bem como cedo os referidos direitos autorais dos mesmos para eventuais publicações, em meio, forma e critério a serem definidos pela Coordenação do referido curso.

Estou ciente, caso os mesmos venham a ser publicados, de forma individual ou coletânea, na íntegra ou em versão modificada do texto original, que receberei uma cópia do material impresso, a ser retirado na Secretaria do curso.

Porto Alegre, 27 de Junho de 2008.

---

Fabiana Reginatto Hering

## **ANEXO 2**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Projeto de Pesquisa:  
QUALIDADE DA ATENÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS  
DA AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES  
NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ

Orientador: Mario Tavares

**Ao Núcleo de Educação da Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí**

Solicito a liberação desta secretaria para realização do trabalho de pesquisa na qual visa avaliar a qualidade da consulta médica no município de Gravataí. Para tanto, será necessário a coleta de informações nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde e nas unidades básicas de saúde. Aos Coordenadores Distritais solicitar-se-á uma listagem com as unidades de cada distrito e seus respectivos médicos classificados por sua categoria profissional. Esse trabalho de conclusão de curso é requisito para obtenção do certificado de Especialização em Saúde Pública. Segue anexa uma cópia do projeto de pesquisa para que esse núcleo tenha ciência das etapas desse trabalho.

Certa da importância dessa pesquisa para essa secretaria, aguardo liberação.

Gravataí, 11 de Janeiro de 2008

Fabiana Reginatto Hering

## **ANEXO 3**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**  
CEP/UFRGS

**Encaminhamento de Projeto de Pesquisa**

**Número do Projeto**  
para uso do CEP/UFRGS

Ao encaminhar seu projeto, verifique se o mesmo contém os seguintes itens, ou equivalentes, redigidos em português, de acordo com a exigência do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (Resolução CNS196/96):

- Título,
- Autor(es),
- Local de Origem,
- Local de Realização,
- Introdução,
- Objetivos,
- Material e Métodos,
- Cronograma,
- Orçamento
- Referências Bibliográficas
- Termo de Consentimento Informado
- Fontes de Financiamento
- Curriculum Vitae do Pesquisador Responsável (modelo CNPq)

Entende-se por Pesquisador Responsável o professor, ou profissional com titulação equivalente, que assume a responsabilidade ética e metodológica pelo Projeto.

**Título do Projeto**

--

**Pesquisador Responsável**

<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>
<b>Carteira de Identidade</b>	<b>CPF</b>	<b>Vínculo:</b> <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Aluno: <input type="checkbox"/> UFRGS <input type="checkbox"/> Outra instituição: _____ _____

**Área de Conhecimento** (utilize os códigos do CNPq)

--

**Outros Autores do Projeto**

(listar todos os participantes que preencham os critérios de autoria, com as respectivas assinaturas)

Nome	Assinatura

**Comissão de Pesquisa da Unidade**

	Assinatura e Carimbo do Coordenador
--	-------------------------------------

**Unidade de Origem** (indicar a Unidade da Universidade que cancela o projeto)

	Assinatura e Carimbo do Diretor
--	---------------------------------

**Autor para Contato:**

<b>Nome:</b>
--------------

<b>Endereço:</b>	<b>CEP:</b> -
------------------	---------------

<b>Telefone:</b>	<b>Fax:</b>	<b>E-mail:</b>
------------------	-------------	----------------

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS:**

Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar

90046-900 Porto Alegre - RS

Fone: (051) 316.3629

Fax: (051) 316.4085

E-mail: [pro-reitoria@propesq.ufrgs.br](mailto:pro-reitoria@propesq.ufrgs.br)

**ANEXO**