

Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários

SANDRA BARREIRO*

RESUMO

Objectivo: Caracterizar, numa população restrita de médicos especialistas de medicina geral e familiar, alguns aspectos da articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal, tendo tido a participação de 24 médicos de família a exercerem a sua actividade em centros de saúde do distrito de Lisboa e distrito de Almada. O estudo prolongou-se por nove meses, tendo cada médico recebido uma cademeta destinada à colheita de dados. As referências foram registadas durante oito semanas, e os dados de seguimento (resposta dos cuidados secundários) foram recolhidos durante nove meses.

Resultados: Das 415 referências, 57 foram para o Serviço de Urgência e 358 foram para a Consulta regular de Especialidade dos cuidados secundários. Durante os nove meses do estudo foram realizadas 2/3 das consultas pedidas pelos médicos de família, e uma em cada três dessas consultas enviou informação clínica de retorno. O destino definido como Outros (privado e convenicionado), foi o que ofereceu a melhor taxa de resposta, quer em termos de consultas realizadas, quer no envio de informação clínica de retorno ao médico de família. A demora média das consultas realizadas foi de 58,2 dias, com metade dos doentes atendidos nos primeiros 39 dias. Metade das respostas dos cuidados secundários chegaram às mãos dos médicos de família nos primeiros seis dias da sua execução. A grande maioria dos médicos de família desconhece as razões de ausência de informação clínica de retorno.

Conclusão: Os resultados obtidos não podem generalizar-se para os MF, para as especialidades ou para as instituições referidas. No entanto, e comparando com outros estudos anteriores, os resultados não são muito diferentes, pelo que, provavelmente, a realidade nacional não estará muito longe do que se observa nesta amostra.

Palavras-Chave: Referenciação; Articulação; Cuidados Primários; Cuidados Secundários.

dos primários e secundários assume uma posição de destaque, visto que, sem ela, a própria continuidade da prestação dos cuidados de saúde pode ficar comprometida.

A análise do processo de referenciação dos doentes para os cuidados secundários, da resposta obtida e do seu retorno ao médico de família, constitui um importante indicador da existência da actividade clínica multidisciplinar e da eficiência de funcionamento de qualquer serviço de saúde^{1,2}. O maior estudo realizado neste campo envolveu vários países da Europa, no qual Portugal apresentou resultados em 1990, revelando as maiores dificuldades de comunicação¹⁻⁴. Relacionaram-se alguns factores que pudessem contribuir para essa má articulação e a hipótese mais plausível foi a ineficácia na rede de comunicação, e não a falta de interesse dos médicos em trocar informação¹. Noutros países com melhores resultados, essa rede de comunicação estava formalmente estabelecida, com apoio administrativo só vocacionado para essa função e a existência de correio interno entre os cuidados primários e secundários.

Foi neste contexto que se pretendeu caracterizar, numa população restrita de médicos especialistas de medicina geral e familiar, alguns aspectos da articulação entre os dois níveis de cuida-

INTRODUÇÃO

Um dos fundamentos da Medicina Familiar é a continuidade da prestação de cuidados de saúde ao longo da vida do doente, que não só permite uma maior humanização dos serviços, como é fundamental para uma boa gestão de recursos ao nível do Sistema Nacional de Saúde. Nessa perspectiva, a comunicação entre os cuida-

*Assistente Eventual
Centro de Saúde de Queluz

dos de saúde, tendo os seguintes objetivos:

- Determinar as diferentes taxas da resposta dos cuidados secundários (número de consultas realizadas e informação clínica de retorno), segundo os locais de destino das referências respectivas (especialidade pretendida, instituição respectiva (Hospital, CS, Outros).
- Determinar o tempo médio de espera para a 1ª consulta da especialidade após referência aos cuidados secundários.
- Determinar o tempo médio entre a consulta nos cuidados secundários, a data de execução da resposta (informação clínica ao Médico de Família), e a data de recepção dessa informação pelo Médico de Família.
- Classificar as razões de ausência de informação clínica de retorno.

METODOLOGIA

Fez-se um estudo descritivo e transversal. Os médicos foram pessoalmente convidados a participar no estudo (amostra de conveniência). A população estudada incluiu as referências directas efectuadas por esses 24 médicos de família (MF), entendendo-se por referência directa toda aquela que resulta do encontro face a face entre o doente e o médico. Assim, não foram incluídas as referências resultantes de encontros indirectos como os contactos telefónicos, consulta por escrito ou através de terceiros.

Foram igualmente excluídas:

- Referências feitas por razões meramente administrativas (renovação de credenciais, por exemplo)
- Referências para Medicina Física e de Reabilitação
- Referências previstas em protocolos de Obstetrícia para as 36 semanas de gravidez
- Referências que sejam obtidas por

terceiros (doente, família, outros colegas) e com as quais o próprio médico não concorde.

Cada médico recebeu uma caderneta destinada à colheita de dados (ver Figura 1). As cadernetas estavam organizadas em duas partes: uma destinada ao registo das referências directas e outra à recolha dos dados sobre as respostas dos cuidados secundários. As referências directas foram registadas durante oito semanas, tendo início no primeiro dia de Abril de 2000, interrompendo o seu registo ao atingir o total de trinta referências por cada médico. Os dados de seguimento (respostas dos cuidados secundários) foram registados ao longo do estudo, ou seja, durante os nove meses seguintes ao início da entrega da caderneta, tendo terminado no fim de Dezembro de 2000.

Utilizaram-se as seguintes variáveis:

1. Data da Referência: Definida como o dia e o mês em que o MF realizou a referência aos cuidados secundários.
2. Especialidade: Definida como a especialidade pretendida. Esta variável foi posteriormente codificada em Cirúrgica ou Médica.
3. Destino: Definido como Serviço de Urgência ou Consulta de Especialidade e a instituição onde se realizará os cuidados de saúde pretendidos (Hospital, Centro de Saúde, ou Outros).
4. Primeira Consulta: Definida como a primeira consulta com o especialista ou observação hospitalar. Pergunta-se se ocorreu e, se sim, qual a data de execução (dia e mês).
5. Primeira Comunicação: Definida como a informação clínica fornecida pelo especialista ou hospital (através de carta, telefone ou directamente) ao MF. Pergunta-se se ocorreu e, se sim, qual a data de execução e de recepção (dia e mês).
6. Razões de ausência de resposta: Razões apontadas pelo MF como a causa de não receber qualquer informação cli-

Dados de referência	
Nome do doente
Data da referência /	Número do processo
dia mês	
Especialidade	
Destino: Serviço de Urgência <input type="checkbox"/> Consulta de Especialidade <input type="checkbox"/>	
• no Hospital	
• no Centro de Saúde	
• Outros	
Seguimento	
Primeira Consulta (especialista ou observação hospitalar)	
Ocorreu? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Se sim, qual foi a data? /	
dia mês	Não sabe <input type="checkbox"/>
Primeira Comunicação (informação clínica do especialista ou hospital)	
Ocorreu? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, qual foi a data de execução? /	
dia mês	Não sabe <input type="checkbox"/>
E a data de recepção? /	
dia mês	Não sabe <input type="checkbox"/>
Razões da ausência de resposta (informação clínica)	
• Não sabe	
• Doente falecido	
• Doente faltou à consulta de especialidade	
• Doente ainda não foi observado pelo especialista	
• Contacto com o doente perdido	
• Outras	

Figura 1. Caderneta.

nica sobre o caso clínico enviado.

Os dados foram codificados e registados numa matriz inserida numa aplicação informática – Microsoft Excel.

RESULTADOS

Das 415 referências efectuadas, 57 foram para o Serviço de Urgência Hospitalar e 358 foram para a Consulta regular de Especialidade dos cuidados secundários.

Dos vários destinos possíveis para a consulta, 223 foram para os Hospitais, 50 para os Centros de Saúde e 83 para Outros, que são definidos como privado e convencionado (Figura 2). Há a referir dois casos em que se desconhece o destino.

Estudando as 356 referências para a consulta dos cuidados secundários, obtivemos os seguintes resultados:

O maior número de referências (212) verificou-se para as especialidades cirúrgicas (59,2%).

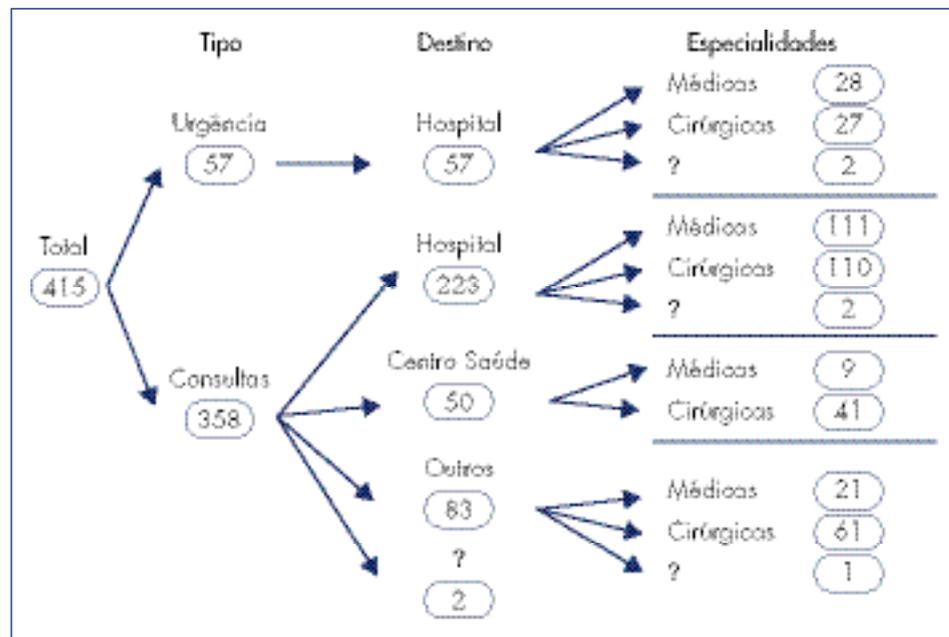


Figura 2. Distribuição das referências, segundo os locais de destino e tipo de especialidade.

Taxas de resposta

No total foram realizadas 227 das consultas pedidas. Não tiveram consulta 17,0% dos pedidos e, em 19,6% dos casos, os MF não sabem se ocorreu a consulta (ver Quadro 1).

Das consultas realizadas, 36,6% en-

viaram informação clínica de retorno, e 63,4% não enviaram informação clínica ao MF, durante o estudo (ver Quadro 2).

Das especialidades pretendidas, as médicas foram as que apresentaram uma melhor taxa de resposta, quer em termos de número de consultas realizadas para o número de pedidos efectuados, quer na informação clínica de retorno, recebida pelo médico de família.

Em relação ao destino, o definido como Outros (privado, convencionado) foi o que ofereceu a melhor taxa de resposta, quer em termos de consultas realizadas, quer no envio de informação clínica de retorno (ver Quadro 3).

QUADRO I

REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS NOS CUIDADOS SECUNDÁRIOS

Das 358 referências enviadas para consulta

227	(63,4%)	Ocorreu a consulta
61	(17,0%)	Não ocorreu consulta
70	(19,6%)	Não se sabe se ocorreu a consulta

QUADRO II

INFORMAÇÃO CLÍNICA FORNECIDA PELOS CUIDADOS SECUNDÁRIOS

Das 227 consultas realizadas

83	(36,6%)	Enviaram informação clínica
144	(63,4%)	Não enviaram informação clínica

Tempo médio de espera para a 1ª consulta nos cuidados secundários

A demora média das consultas realizadas foi de 58,2 dias, com metade dos doentes atendidos nos primeiros 39 dias. Quando se comparou o tempo médio de espera com o destino e grupo de especialidades, não se verificaram grandes diferenças. De referir que 50% das

QUADRO III

TAXAS DE RESPOSTA DOS CUIDADOS SECUNDÁRIOS
SEGUNDO OS LOCAIS DE DESTINO

	Taxas de resposta	
	Consultas realizadas	Informação clínica de retorno
Hospital	62,3%	33,8%
Centro de Saúde	58,0%	34,5%
Outros	69,9%	41,4%

consultas dos cuidados secundários, realizadas no Centro de Saúde, foram efectuadas nos primeiros 10 dias do envio, enquanto que no Hospital demoraram cerca de 50 dias para efectuarem metade das suas consultas (ver Figura 3).

Tempo médio entre a consulta nos cuidados secundários e a data de execução da resposta

Das respostas obtidas, grande parte foi efectuada no próprio dia da consulta da especialidade, sendo o Hospital o local de destino que apresenta o maior intervalo de tempo entre a sua consulta e a execução de informação clínica de retorno (ver Figura 4).

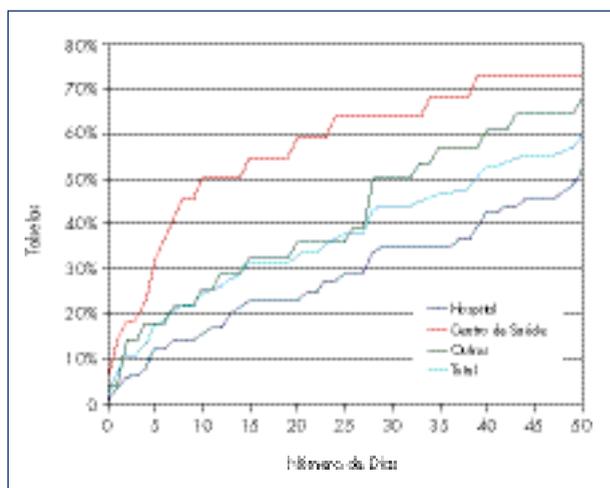


Figura 3. Tempo entre a referência e a consulta da especialidade, segundo os locais de destino

Tempo médio entre a execução da informação clínica e a data de recepção dessa informação pelo médico de família

Metade das respostas dos cuidados secundários chegaram às mãos dos MF nos primeiros seis dias da sua execução, 86,4% foram recebidas com um intervalo de 30 dias ou menos.

Razões de ausência de informação clínica de retorno

A maioria dos Médicos de Família desconhece as causas da ausência de informação clínica de retorno.

Em 6,4% das razões de ausência apontadas, o doente faltou à consulta de especialidade e em 9,5% ainda não tinha sido observado pelo especialista, no fim do estudo.

A assinalar o número de contactos perdidos com o doente, que traduz 13,4% das razões da ausência da resposta, apontadas pelos MF (ver Quadro 4).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos não podem generalizar-se para os MF, para as especialidades ou para as instituições referidas, não se tratando de uma amostra representativa. No entanto, e comparando com outros estudos anteriores, os resultados não são muito diferentes, pelo que, provavelmente, a realidade nacional não estará muito longe do que se observa nesta amostra. Um dos aspectos frágeis do nosso estudo é o seu tempo de duração: nove meses poderá ser um período relativamente curto para englobar a referência, a realização da consulta nos cuidados se-

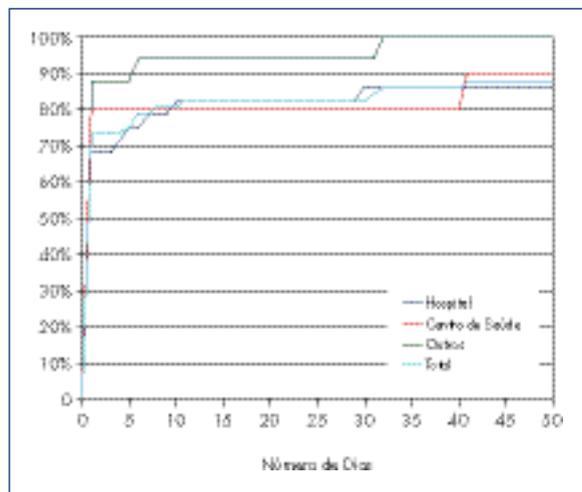


Figura 4. Tempo entre a consulta de especialidade e a execução da informação clínica de retorno, segundo os locais de destino

cundários e a chegada da informação clínica ao médico de família. Provavelmente, nalgumas situações, o especialista ainda aguarda resultados de exames complementares, para então enviar a resposta. Detectámos dois casos de chegada de informação clínica já fora do prazo final do estudo, pelo que as não pudemos incluir no nosso estudo.

Outro aspecto frágil está relacionado com a nossa realidade portuguesa, que responsabiliza o doente por estabelecer ligação entre os cuidados secundários

e os primários (em regra é o doente que transporta a Nota de alta). E, assim sendo, não sabemos se a perda, ou o esquecimento da informação de retorno por parte dos doentes, poderá ter influenciado os nossos resultados.

Neste estudo procurámos reduzir ao máximo factores que, à partida, pudessem justificar uma má articulação entre os dois níveis de cuidados de saúde, tais como uma má qualidade das referências enviadas. A própria escolha dos médicos de família (amostra não aleatória) e o facto da sua participação não ter trazido qualquer tipo de recompensa, poderá traduzir num indicador indirecto da qualidade das referências enviadas.

Outro aspecto positivo do nosso estudo foi o facto de termos excluído as referências para a medicina física e de reabilitação. Fizemo-lo pensando que se trata de uma articulação com outros motivos burocráticos (pedido de guias para tratamento) e não uma verdadeira vontade de comunicar e trocar informação clínica sobre o doente. Assim eliminámos um resultado que poderia induzir em erro de interpretação, visto que nos aumentaria o número de respostas enviadas. No estudo Europeu não houve este critério de exclusão, o que limita a comparação directa entre os dois estudos.

Mencionando os resultados, o destino definido como Outros (privado, convencionado) foi o que ofereceu a melhor taxa de resposta, quer em termos de consultas realizadas, quer no envio de informação clínica de retorno. Poderemos colocar a questão se a motivação dos médicos, assim como as próprias condições de trabalho, não serão factores a considerar se quisermos melhorar a articulação entre os cuidados de

QUADRO IV

RAZÕES QUE JUSTIFIQUEM A AUSÊNCIA DE TROCA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Razões de ausência de informação clínica de retorno Das 358 referências para consulta

120	(33,5%)	Não sabe
23	(6,4%)	Doente faltou à consulta da especialidade
34	(9,5%)	Ainda não foi observado pelo especialista
48	(13,4%)	Contacto perdido com o doente
50	(14,0%)	Outras

saúde primários e secundários.

No nosso estudo a proximidade física entre os médicos de família e os outros especialistas (quando ambos trabalham no mesmo centro de saúde) não revelou vantagens em termos de troca de informação clínica, colocando novamente a hipótese da motivação ser um factor primordial na articulação.

Metade das respostas dos cuidados secundários chegaram às mãos dos MF nos primeiros seis dias da sua execução, 86,4% foram recebidas com um intervalo de 30 dias ou menos. Esta situação poderá traduzir uma boa acessibilidade à consulta nos cuidados primários.

Como se esperava, a grande maioria dos médicos de família desconhece as causas da ausência de informação clínica de retorno. Seria um estudo interessante perguntar aos médicos dos cuidados secundários o que os impede de enviar resposta (falta de tempo, não considerarem importante, má qualidade de informação clínica enviada pelo médico de família...).

A demora média das consultas realizadas foi de 58,2 dias, com metade dos doentes atendidos nos primeiros 39 dias. Importa salientar que em certas situações clínicas existe associação evidente entre o tempo de espera para o acesso aos cuidados de saúde e os resultados obtidos em termos de prognóstico⁵. Como exemplo prático dessa ilação, a administração de saúde do Reino Unido incluiu a denominada regra de duas semanas para as referências por doença neoplásica⁵.

Comparação com estudos anteriores

Foi realizado um estudo sobre o acesso aos cuidados de saúde secundários, numa extensão do Centro de Saúde de Serpa, da autoria do Dr. Manuel Janeiro⁶, e os resultados obtidos são semelhantes:

- As especialidades mais pretendidas foram as cirúrgicas para ambos os estudos.

- No nosso estudo foram realizadas cerca de 63% das consultas pedidas, para 68% das realizadas no estudo de Serpa.

- Recebemos informação clínica em 36,6% das consultas realizadas nos cuidados secundários, para 27% do estudo em Serpa.

Ao comparar os resultados temos que ter em conta que os tempos de duração dos estudos foram diferentes (12 meses para o de Serpa e 9 meses para o nosso), e que houve critérios de exclusão (referências para Fisioterapia e protocolo das 36 semanas para Obstetria), que não foram utilizadas no estudo de M. Janeiro.

As grandes diferenças residiram nos tempos de espera para as consultas realizadas:

- O tempo médio de espera para aceder a uma consulta regular foi, no estudo de M. Janeiro, de 82,5 dias, e, para o nosso estudo, foi de 58 dias. Este resultado poderá traduzir um maior número de médicos a trabalharem nos grandes centros urbanos.

- Às 12 semanas, ainda faltavam realizar 58% das consultas, em Serpa. No nosso estudo faltavam 36,6% das consultas.

Em 1994 foram publicados os resultados de um Estudo Europeu Sobre Referência em Cuidados Primários⁴, em que Portugal apresentou os piores resultados em termos de comunicação entre os dois níveis de cuidados de saúde¹⁻³. Os países do Norte foram os que melhores resultados apresentaram.

Nesses países a multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde está institucionalizada, e o doente não é o responsável pelo transporte da informação clínica, existindo correio interno entre os cuidados secundários e os primários. Este facto torna-se relevante se considerarmos que, no nosso estudo, o número de contactos perdidos com o doente traduziu 13,4% das razões da ausência da resposta, aponta-

das pelos MF.

Como reflexão, e tendo em conta os recursos financeiros disponíveis no nosso país, as reuniões de consultadoria são outra forma de articulação entre os especialistas hospitalares e os médicos de família, reuniões essas que já se vão efectuando, a fim de tornar menos sombrio o panorama actual.

O contacto através de telefone (institucionalizado) entre os cuidados primários e os secundários seria outra possibilidade a considerar. Muitas vezes as referências traduzem dúvidas sobre a orientação clínica a tomar e não necessitam da observação directa do doente⁷, pelo que o contacto directo entre o médico de família e o médico dos cuidados secundários reduziria o número de referências, diminuiria o tempo de espera e aumentaria as informações clínicas de retomo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários. III - Comparações internacionais. Rev Port Clin Geral 1994;11:115-24.
2. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários. II - Dados de seguimento e informação de retomo. Rev Port Clin Geral 1994;11:25-8.
3. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários. I - Dados de referenciação. Rev Port Clin Geral 1993;10:238-44.
4. EGPRW. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. RCGP Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners; 1992.

5. Miranda JA. Como melhorar a ligação Médico de Família/Hospital. Rev Port Clin Geral 2001;17:189-90.

6. Janeiro M. Acesso aos cuidados de saúde secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa. Rev Port Clin Geral 2001;17:193-207.

7. Tso A, Harris L, Littlewood T. Are written responses to some referrals to a general haematology clinic acceptable?. BMJ 2004 Oct 23; 329 (7472):946-7.

Agradecimentos

Ao Prof. Vasco Maria, Dr. Moura Pires, Dr. José Miranda e Dr. Brito Sá, por todo o apoio e orientação recebida na elaboração e execução deste trabalho.

A todos os médicos que participaram e colaboraram neste trabalho:

Dr^a. Luísa Caldeira, Dr^a Dulce Trindade e Dr^a. Isabel Braizinha
 Dr^a. Maria João Martins e Dr^a Sónia Pereira
 Dr^a. Manuela Victor e Dr^a Manuela Rodrigues
 Dr^a. Ana Costa e Dr João Ferreira
 Dr^a. Alexandra Fernandes e Dr Vasco Ranita
 Dr^a. Madalena Mourão e Dr^a Anabela Malvarez
 Dr^a. Aida Gusmão e Dr^a Paula Mourão
 Dr. Frazão e Dr^a Cristina Figueira
 Dr. José Carlos Patrício
 Dr^a. Luísa Carvalho e Dr^a Lucília Martinho
 Dr^a. Teresa Libório e Dr^a Luísa Romeiro
 Dr^a. Rosa Monteiro e Dr^a Ana Maria Oliveira
 Dr^a. Antónia Cruz e Dr^a Mércia Freire

Endereço para correspondência

Sandra Barreiro
 Av. Santos Dumont, 45, 6^o
 1050-201 Lisboa
 Tlm: 963 608 086
 E-mail: sbarreiro@mail.telepac.pt

Recebido para publicação em: 09/05/04
 Aceite para publicação em: 21/12/05

ABSTRACT

Objectives: To describe some aspects of the articulation between primary and secondary care in a restricted population of general practitioners.

Method: Observational, descriptive and cross-sectional study, with the participation of 24 general practitioners working in public medical centres in the region of Lisbon and Almada. The physicians registered their referrals for 8 weeks, and the replies from secondary care were collected for a total period of nine months.

Results: From 415 referrals, 57 were to Hospital Casualty and 358 to regular secondary care appointments. For the latter, and in the nine months duration of the study, 2/3 of the appointments required by the family physicians took place, and 1 in 3 obtained a reply with clinical information. The destination defined as "others" (private and public-private conventions) received the best rates, both in the number of appointments, and in the answers received. The average time for the delay in obtaining an appointment was 58.2 days, and half the patients were seen in the first 39 days. Half the answers were received by the general practitioners in the first 6 days after they were written down. A large majority of general practitioners ignores the reasons for not having any clinical answers at all.

Conclusions: The results obtained cannot be extrapolated for all the general practitioners, the second care physicians or the referred institutions. However, comparing these results with previous studies, we can see that the results are very similar, which leads us to believe that the actual situation nationwide does not differ fundamentally from the observations in this sample.

Keywords: Referral; Articulation; Primary Care; Secondary Care.