

# Referenciação aos cuidados de saúde secundários

CARLA MÓNICA FARIA PONTE\*, BENEDITA GRAÇA MOURA\*, ANDREIA CHAVES CEREJO\*, RAQUEL BRAGA\*\*, INÊS MARQUES\*, ANA TEIXEIRA\*, ANSELMO JUL\*, MANUEL VAZ\*, JOANA TRANCOSO\*

## RESUMO

**Introdução:** O processo de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) é de grande interesse, sobretudo devido a aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados e de ordem económica. O Estudo Europeu sobre Referenciação revelou, em Portugal, uma taxa de referenciação de 5,56%. Em Portugal, não existem estudos sobre a qualidade da referenciação. A Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos pretende prestar cuidados globais aos utentes colocando em rede os CSP e CSS. Em termos de referenciação, esta ligação necessita de ser aperfeiçoada.

**Objectivos:** Determinar a taxa de referenciação, caracterizar a população referenciada, avaliar as características das referenciações, descrever e analisar a resposta dos CSS.

**Metodologia:** Estudo transversal analítico. Recolha do número de referenciações do CS Senhora da Hora (CSSH) no ano de 2003. Amostra aleatória de 400 referenciações efectuadas para o Hospital Pedro Hispano (HPH). Determinação das estatísticas descritivas da amostra e uso do teste de  $\chi^2$  para comparação de proporções ( $\alpha = 0,05$ ).

**Resultados:** A taxa de referenciação foi de 10,1%. A idade média da população referenciada foi 45,3 anos; 61,8% do sexo feminino. As especialidades mais referenciadas foram ORL, Ginecologia e Cirurgia. As cartas de referenciação contêm, na sua maioria, o nome do doente (98,9%), objectivo de referenciação (92,8%) e data (94,8%). Contudo, grande parte não referia medicação habitual (71,3%), descrição do exame físico (51,5%) ou identificação do médico (52,3%). Em 50,8% dos casos, a efectivação da consulta verificou-se 1 a 6 meses após a referenciação. Obteve-se informação de retorno em 26,3% das referenciações.

**Conclusão:** Este estudo revelou lacunas na articulação dos cuidados de saúde. O médico deve ter em conta que as cartas de referenciação/retorno são um veículo primordial de comunicação, devendo ser aperfeiçoadas, pois delas depende a qualidade dos cuidados prestados. Sistemas de informação em rede e regras de referenciação protocoladas podem melhorar a articulação dos cuidados.

**Palavras-Chave:** Referenciação; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Secundários.

devido a questões económicas.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados, nos centros de saúde da ULS de Matosinhos, a entidade responsável pela acreditação, o *Health Quality Service*, definiu como critérios em relação à referenciação<sup>1</sup> a reunião de informação sobre as taxas de referenciação e a existência de procedimentos documentados e datados sobre como fazer referenciações de rotina e sobre o conteúdo a ser incluído nas cartas de referenciação (tendo definido como orientação que as referenciações devem incluir antecedentes pessoais relevantes, problemas actuais, diagnóstico diferencial, história clínica, expectativas relacionadas com a referenciação, detalhes sobre a compreensão do utente/cuidador e os antecedentes sociais relevantes).

Os critérios indicados pelo *Royal College of General Practitioners* (RCGP) para a definição de padrões de qualidade da prática clínica da especialidade de Medicina Geral e Familiar no Reino Unido<sup>2,3</sup> incluem a demonstração de que as referenciações para outros níveis de prestação de cuidados são acompanhadas de toda a informação necessária ao especialista hospitalar para fazer uma avaliação apropriada e eficiente do problema do doente. Em relação à continuidade de cuidados, um dos critérios considerados necessários pelo RCGP<sup>2,3</sup> para a revalidação da certificação dos médicos de família ingleses como exe-

## INTRODUÇÃO

O processo de referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) é de grande interesse para doentes e profissionais de saúde, devido a aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados e

\*Internos do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Senhora da Hora

\*\*Médica de Família Centro de Saúde de Senhora da Hora

cutantes de uma boa prática clínica é a demonstração da existência de uma política de encorajamento de continuidade de cuidados, nomeadamente pela verificação de que existe um sistema de transferência e de tratamento da informação proveniente de outros médicos acerca dos seus doentes.

Quando este processo é efectuado de forma apropriada, fornece um mecanismo eficiente para prestar cuidados continuados de saúde e permite fazer uma melhor gestão das listas de espera de modo a que não sejam sobrepostos nem duplicados os cuidados prestados e, ao mesmo tempo, seja transferida e partilhada a responsabilidade entre os vários intervenientes. A descontinuidade de cuidados entre os CSP e os CSS gera uma utilização ineficiente dos recursos, que na área da consulta externa influencia o aparecimento das listas de espera.<sup>4</sup>

Em relação aos aspectos económicos, em Portugal os custos na área da saúde em 2002 representaram 9,1% do PIB, sendo o terceiro país da Europa em que este valor é mais elevado.<sup>5</sup> Uma vez que o Médico de Família é aquele que faz a avaliação inicial da situação e aquele que decide de que forma o doente irá ser abordado, fazendo um balanço entre os cuidados no Centro de Saúde e os cuidados Hospitalares, tem um papel importante na decisão de quanto se vai gastar. Se este processo for eficiente, pode poupar-se em despesas de saúde e em recursos humanos (diminuindo a carga de trabalho nos CSS).

À medida que a consciência pública da variabilidade profissional aumenta, são também levantadas questões por parte dos utentes, acerca da qualidade do aconselhamento recebido pelo Médico de Família.

Foi efectuado um estudo europeu sobre as referências dos CSP para os CSS<sup>6</sup> que comparou as taxas obtidas para os diversos países. Em Portugal,

foi encontrada uma taxa de 5,56%. Este mesmo estudo revelou que das referências 39,7% eram para a área médica, 28,4% para a área cirúrgica e 21,9% para outras.

Em Portugal, um estudo efectuado em Serpa, num Centro de Saúde rural, referiu uma taxa de referência de 5,87%<sup>7</sup> tendo sido as especialidades mais referenciadas oftalmologia, ginecologia e cirurgia. Foi encontrada uma demora média para a marcação da consulta de 82,5 dias. Apenas 27% dos doentes trouxeram informação de retorno ao seu Médico de Família. Foi também realizado um estudo sobre referência em Queluz,<sup>8</sup> revelando uma demora média de 58,2 dias e 36,6% enviaram informação de retorno.

Em Espanha, um estudo que avaliou a referência, possivelmente com uma realidade próxima da do nosso país, a taxa de referência encontrada foi de 5,8%.<sup>9</sup> Dos doentes referenciados, 65,5% eram mulheres, com idade média de 50,6 anos. As especialidades a quem foram efectuados mais pedidos de consulta foram ginecologia, oftalmologia, dermatologia, otorrinolaringologia, medicina física e reabilitação, ortopedia e cirurgia.

O *Ambulatory Sentinel Practice Network*, nos Estados Unidos da América,<sup>10</sup> estudou os motivos de referência e cada médico apresentou em média 1,8 razões para referenciar, tendo sido o motivo mais frequente o aconselhamento sobre diagnóstico e/ou tratamento (51,5%), seguido de abordagem cirúrgica directa (37,8%) e de abordagem médica directa (25,9%).

A carta de referência é o canal de comunicação entre os CSP e os CSS, pelo que deve preencher alguns requisitos. Um estudo realizado em Espanha que avaliou a qualidade dessas cartas<sup>11</sup> mostrou que cerca de 7% das cartas eram ilegíveis e que a referência aos antecedentes pessoais e aos dados do exame físico foi negligenciada em 60,1%

e 53,1%, respectivamente.

O processo de referência clínica de rotina para consultas de outras especialidades com origem nos Centros de Saúde da ULS de Matosinhos é efectuado através de relatório próprio, estando definido<sup>12</sup> que nele devem constar: identificação completa do doente (nome, idade, número de utente), identificação da consulta solicitada (especialidade e local da consulta), indicação dos antecedentes pessoais e sociais relevantes e datas de diagnósticos prévios, descrição dos exames auxiliares já efectuados, indicação dos tratamentos efectuados ou em curso e das suas datas, indicação explícita do que se pretende com a consulta solicitada e das eventuais expectativas do doente relacionadas com o pedido e, por fim, identificação do médico que efectua o pedido (nome, número mecanográfico, local de origem e data de emissão). Esta carta deve ser fotocopiada, sendo arquivada a cópia no processo clínico do local de emissão. No que diz respeito à recusa das referências está estabelecido que não serão admitidas referências que não sejam dactilografadas ou com letra legível ou que utilizem outro impresso que não o protocolado.

Sempre que pretendam enviar os seus utentes aos cuidados de outros profissionais, os médicos de família do Centro de Saúde da Senhora da Hora devem elaborar uma carta de referência<sup>13</sup> que deve ser dactilografada ou redigida de forma claramente legível, datada, assinada e validada por aposição de carimbo ou de vinheta médica, estando também pré-definidos quais são considerados pontos essenciais na elaboração de uma carta de referência.

A informação de retorno através de carta do médico hospitalar para o médico de família é crucial para garantir continuidade e imprescindível para a comunicação entre estes dois níveis de cuidados. Essas cartas devem obedecer a determinada estrutura. Num estudo

efectuado em Espanha constatou-se que cerca de 22,6% das cartas hospitalares se mostram sem utilidade (cartas sem novos dados clínicos ou sem informações importantes que constavam no processo clínico) e que em 12,9% dos casos não chega qualquer informação ao médico de família.<sup>14</sup>

Em relação à resposta hospitalar ao pedido de observação, o Estudo Europeu de Referência<sup>6</sup> ao estudar, em Portugal, o tempo decorrido entre a referência e a realização da primeira consulta determinou que 46% dos doentes eram observados nas primeiras quatro semanas, 23% não eram observados em dezasseis semanas e que o atraso médio era de 29 dias. Em relação ao tempo decorrido entre a primeira consulta e a primeira comunicação ao Médico de Família, descreve que esta informação chegava ao MF dentro de duas semanas em 41% dos casos e que o MF não tinha recebido qualquer comunicação em doze semanas em 50% dos casos e conclui que a comunicação dos especialistas hospitalares para os médicos de família foi, de longe, a pior entre os países que participaram no estudo.<sup>15</sup>

No que diz respeito ao Hospital de Pedro Hispano, em publicação enviada para os Centros de Saúde informando sobre a Lista de Espera da Consulta Externa para o ano de 2003, foram descritos tempos de espera entre um dia (indicado para seis especialidades) e um ano (para apenas uma especialidade).

A ULS de Matosinhos publicou directrizes sobre o envio de informação de retorno ao Médico de Família:<sup>16</sup> após a realização da primeira consulta hospitalar deve ser fornecida pelo médico que realizou a consulta ao médico referenciador, ficando cópia da mesma arquivada no processo clínico do doente. Define ainda que, após terminar o estudo do doente e tendo sido traçado um plano de tratamento definido, deverá ser enviado relatório clínico para o mé-

dico que referenciou o doente, quer este tenha alta da consulta hospitalar, quer nela prossiga o seu tratamento. Este relatório será enviado directamente por correio ao médico do doente, ficando arquivada uma cópia no processo hospitalar e outra deverá ser disponibilizado directamente ao doente.

Na Holanda, um estudo<sup>17</sup> sobre a qualidade da referência demonstrou que as cartas dos Médicos de Família e as correspondentes cartas com informação de retorno enviadas pelos especialistas hospitalares podem ambas ser melhoradas e que as cartas de referência com melhor qualidade apenas melhoravam parcialmente as respostas.

O Médico de Família é, na grande maioria das situações, o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde, assumindo um papel primordial na avaliação inicial da situação clínica, na abordagem da maior parte dos motivos de consulta e, ainda, na referência para os CSS se disso houver necessidade.

## OBJECTIVOS

Determinar a taxa de referência no Centro de Saúde Senhora da Hora durante o ano de 2003.

1. Caracterizar a população referenciada.
2. Avaliar as características das referências do Médico de Família ao principal hospital de referência (HPH).
3. Descrever a resposta do principal hospital de referência (HPH) em termos de marcação de consulta e de percentagem de informação de retorno.

## METODOLOGIA

Foi efectuado um estudo observacional, analítico transversal. O período do estu-

do decorreu de Abril a Dezembro de 2005, no Centro de Saúde da Senhora da Hora e no Hospital de Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal.

Para cálculo da taxa de referência, foram considerados os dados fornecidos pela aplicação informática SINUS para o ano de 2003 relativos a todas as referências efectuadas a partir do CSSH para os CSS. Para aferir a qualidade destes dados, foram ainda contactados os hospitais de referência do CSSH (Hospital de Pedro Hispano, Hospital de Magalhães de Lemos, Hospital da Prelada, Instituto Português de Oncologia – Centro Regional do Porto, Hospital Geral de Santo António, Hospital de São João, Hospital Maria Pia, Maternidade Júlio Dinis, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Hospital do Vale de Sousa e Hospital de Santo Tirso) solicitando informação sobre o número de pedidos de consulta provenientes do CSSH durante o ano de 2003, bem como consultados os registos manuscritos de referência ao Hospital Pedro Hispano existentes no CSSH.

A taxa de referência foi calculada através do número de referências durante o ano de 2003 a dividir pelo total de consultas (incluindo domicílios) efectuadas pelos médicos do centro de saúde nesse mesmo ano.

Para a caracterização da referência, a população em estudo foi constituída pelas referências efectuadas pelos Médicos de Família do CSSH ao HPH em 2003 (N=2.208). Foram excluídas as referências a outras instituições hospitalares, ao serviço de urgência, a consultas e actos não médicos e pedidos de consultorias ou de consultas existentes no próprio CSSH.

Foi utilizada uma técnica de amostragem por selecção aleatória simples, através de um programa informático, tendo como base o registo manuscrito das referências do CSSH ao HPH durante o ano de 2003, existente no

CSSH. A dimensão ideal da amostra, com um nível de significância estatística de 95%, uma precisão de 2,5% e uma taxa de referência esperada de 6%, era de 363. Prevendo 10% de eventuais perdas, aumentou-se a amostra para 400 referências.

Foram obtidos o número de identificação do processo hospitalar e o número de identificação do processo de família no CSSH dos utentes cuja referência foi seleccionada para amostra.

Como suporte de recolha de informação foi utilizada uma folha de recolha de dados criada pelos autores com base em estudos sobre referência e qualidade de comunicação entre diferentes níveis de cuidados de saúde previamente publicados e em normas de referência em vigor na ULS de Matosinhos.

Os processos clínicos hospitalares dos utentes seleccionados foram consultados de modo a aceder à carta de referência e à data da primeira consulta tendo sido feito um registo das características da carta de referência. Posteriormente, para analisar a informação de retorno, foram consultados os respectivos processos clínicos familiares no CSSH. A consulta dos processos foi efectuada pelos autores, com prévia uniformização da respectiva codificação.

#### **Definição conceptual e operacional das variáveis:**

- Idade: agrupada em nove grupos etários para tratamento estatístico
- Sexo: masculino e feminino
- Especialidade referenciada
- Coincidência entre a especialidade que efectuou a primeira consulta e a especialidade a que o doente foi referenciado pelo médico de família
- Existência de carta de referência no processo hospitalar
- Recusa do pedido de consulta
- Motivo de recusa da consulta: marcada consulta subsequente (já tem

consulta marcada); critérios clínicos (o médico que fez a triagem assim o entendeu); sem relatório clínico; outro

- Intervalo de tempo decorrido entre o pedido de consulta e a efectivação da mesma: menos de uma semana; 1 semana a 1 mês; 1 a 6 meses; 6 meses a 1 ano; 1 a 2 anos e mais do que dois anos
- Motivo da não efectivação da consulta: falecido, faltou, desconhecido
- Conteúdo das cartas de referência:<sup>11,12</sup> Identificação do utente – nome, idade, antecedentes pessoais, medicação habitual, dados do exame objectivo, referência a exames auxiliares de diagnóstico realizados, objectivo de referência/diagnóstico provável/diagnóstico diferencial, identificação com carimbo ou vinheta, objectivo de referência, identificação com carimbo ou vinheta, data, carta dactilografada ou legível)
- Motivo de referência:<sup>17</sup> diagnóstico, tratamento, reavaliação, segunda opinião, motivo não apurado, outros
- Existência e altura em que foi enviada a informação de retorno: definida pelo envio de carta ao Médico de Família após a realização da primeira consulta hospitalar, após ter sido traçado um plano de tratamento definitivo e/ou após a alta hospitalar
- Existência de cópia da informação de retorno no processo hospitalar
- Legibilidade da carta com informação de retorno: identificação do médico hospitalar legível - através de aposição de vinheta médica ou carimbo – e redigida com letra legível ou dactilografada.
- Qualidade das cartas de referência: classificadas em três níveis<sup>10</sup> consoante os seus conteúdos (**boa qualidade**: antecedentes pessoais, medicação habitual, exame objectivo e exames complementares de diagnóstico e diagnóstico provável/motivo de referência; **qualidade razoá-**

vel: motivo de referenciação e presença de alguns dados sobre a doença actual; **má qualidade:** ilegível, sem dados suficientes sobre a doença actual ou sem informação).

As respostas obtidas foram codificadas e registadas em suporte informático (*Microsoft Excel*). O tratamento estatístico dos resultados foi efectuado com o SPSS 12.0 for *Windows*. A análise englobou a determinação da taxa de referenciação, a determinação das estatísticas descritivas da amostra e a comparação das características demográficas da amostra seleccionada com as da população referenciada pelo CSSH. Foi utilizado o teste do  $\chi^2$  para comparação de frequências (variáveis qualitativas). Foi adoptado um nível de significância de 0,05.

## RESULTADOS

A taxa de referenciação encontrada para o ano de 2003 foi de 10,11% (Quadro I), de acordo com os dados forneci-

### QUADRO I

#### NÚMEROS DAS REFERENCIAÇÕES AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DO CSSH NO ANO DE 2003

HOSPITAL	n		%	
	Próprio	Sinus	Próprio	Sinus
HPH	828	7.764	0,83	7,77
Prelada	504	73	0,50	0,07
HGSA	105	219	0,11	0,22
HSJ	72	851	0,07	0,85
HMLemos	243	1.090	0,24	1,09
HM <sup>o</sup> Pia	29	77	0,03	0,08
IPO	100	3	0,10	0,00
MJD	53	6	0,05	0,01
CHVNG	---*	5	---	0,01
HVSousa	---*	4	---	0,00
HST <sup>o</sup> Tirso	---*	8	---	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>1.934</b>	<b>10.100</b>	<b>1,94</b>	<b>10,11</b>

\*Dados que não foram obtidos

Fonte: SINUS; Dados fornecidos pelos Sistemas dos Hospitais

### QUADRO II

#### REFERENCIAÇÕES EFECTUADAS AO HOSPITAL DE PEDRO HISPANO, SEGUNDO AS DIVERSAS FONTES ACEDIDAS

FONTE	n	Taxa de
		Referenciação (%)
SINUS	7.764	7,8
Registos manuscritos CS	2.208	2,2
Hospital Pedro Hispano (SONHO)	828	0,8

dos pela aplicação informática SINUS. Para aferir a qualidade destes dados foram consultados os hospitais de referência do CSSH. O somatório desses dados resultou numa taxa de referenciação de 1,9%.

Relativamente às referenciações para o Hospital Pedro Hispano (HPH), principal hospital de referência do CSSH, a taxa de referenciação encontrada com base nos registos manuscritos existentes no Centro de Saúde foi de 2,2%. Para aferir a qualidade destes dados foram consultadas outras duas fontes. O SINUS revelou uma taxa de 7,8% e o HPH forneceu dados compatíveis com 0,8% (Quadro II).

#### Caracterização da amostra

Das 400 referenciações ao HPH seleccionadas para a amostra, não foi possível encontrar 5 dos processos hospitalares.

A distribuição etária variou entre os 0 e os 88 anos, com uma idade média de 45,3 anos (Quadro III). Dos utentes referenciados, 61,8% eram do sexo feminino.

#### Características da referenciação

A Figura 1 mostra as onze especialidades mais referenciadas durante o ano de 2003, verificando-se que Otorrinolaringologia, Ginecologia e Cirurgia Geral foram as mais solicitadas (14,8%, 11,5%

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES  
REFERENCIADOS POR GRUPOS ETÁRIOS

Grupos etários (anos)	n	%
0-9	28	7,0
10-19	24	6,0
20-29	43	10,8
30-39	53	13,3
40-49	76	19,0
50-59	69	17,3
60-69	49	12,3
70-79	43	10,8
80-89	15	3,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados manuscritos do CSSH complementados por dados do SINUS

e 11,0%, respectivamente). As três especialidades menos referenciadas foram Infecçologia, Consulta da Dor/Anestesia e Dermatologia.

Da consulta dos processos hospitalares, verificou-se que em 9,3% dos casos não se encontrou carta de referência.

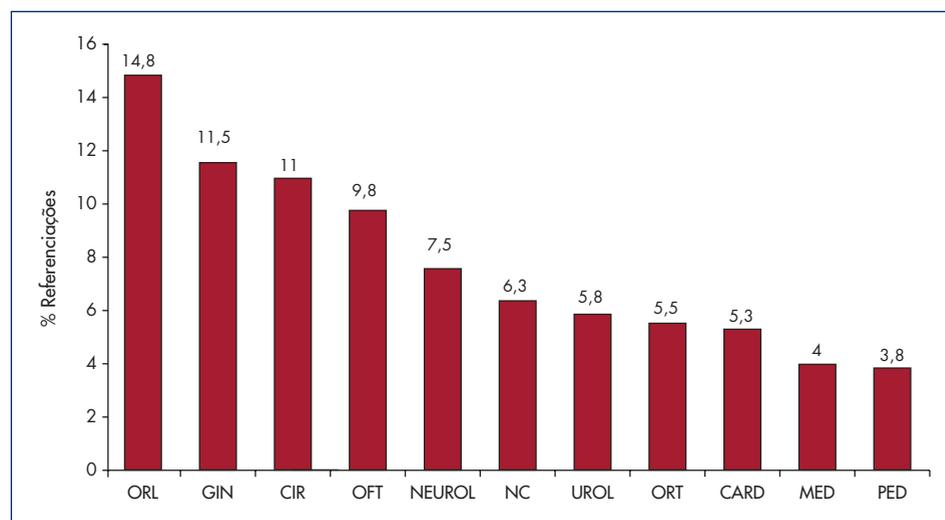
Foram analisadas as cartas de referência encontradas nos processos

hospitalares (n=368) e também cinco encontradas nos processos familiares, perfazendo um total de 373 cartas estudadas.

Da análise do conteúdo das cartas de referência, constatou-se que a referência ao nome e idade do doente, o objectivo de referência e a data estavam presentes na maioria dos casos. A medicação habitual, a descrição do exame físico e a correcta identificação do médico foram os itens menos encontrados (Quadro IV).

Das cartas que mencionavam o objectivo de referência (n= 363), 66,4% pretendiam orientação para o tratamento, 36,4% para o diagnóstico, 20,1% pretendiam uma reavaliação e 4,4% uma segunda opinião. Em 7,2% das cartas não foi apurado qual o objectivo e em 4,7% havia outros motivos de referência (tranquilização do doente, alívio do médico ou a pedido do doente).

Em relação à qualidade das cartas de referência, 65,6% foram classificadas como **razoáveis**, 25% de **má qualidade** e 9,4% de **boa qualidade**, segundo os critérios pré-definidos.



**Figura 1.** Especialidades mais referenciadas.

Legenda: ORL - Otorrinolaringologia; GIN - Ginecologia; CIR - Cirurgia; OFT - Oftalmologia; NEUROL - Neurologia; NC - Neurocirurgia; UROL - Urologia; ORT - Ortopedia; CARD - Cardiologia; MED - Medicina Interna; PED - Pediatria

QUADRO IV

## CONTEÚDO PRESENTE NAS CARTAS DE REFERENCIAÇÃO

	n	%
Nome	359	98,9
Idade	327	90,1
Antecedentes pessoais	214	59,0
Medicação	104	28,7
Exame físico	176	48,5
Exames auxiliares de diagnóstico	203	55,9
Objectivo da referenciação	337	92,8
Correcta identificação do médico	173	47,7
Data	344	94,8
Legibilidade da carta	324	89,3

### Características da resposta dos cuidados de saúde secundários

Uma percentagem de 2,1% (n=8) das referenciações foi recusada pelos cuidados de saúde secundários.

Os motivos da recusa foram já haver marcação de consulta (n= 1), critérios clínicos (n= 2), ausência de relatório clínico (n= 2) ou outro (n= 3).

A especialidade de referenciação pretendida não foi coincidente com a consulta efectuada no HPH em 5,5% dos casos. Isto verifica-se mais frequentemente nas especialidades de Endocrinologia, Cardiologia, Nefrologia e Gas-

troenterologia cuja consulta foi de Medicina Interna.

Na Figura 2 está representado o intervalo de tempo decorrido entre o pedido de consulta e a efectivação da mesma.

Em 60 referenciações a consulta não foi efectuada (3 falecidos, 36 faltaram e 21 por motivo desconhecido).

Da consulta dos processos familiares no Centro de Saúde, determinou-se que em 26,3% dos casos estava presente informação de retorno.

O Quadro V descreve em que momento foi realizada essa informação de retorno.

Constatou-se que 93,8% das cartas de informação de retorno eram legíveis e em 64,9% era possível a identificação do médico.

A cópia da informação de retorno estava ausente em 85,8% dos processos hospitalares.

A especialidade mais referenciada (Otorrinolaringologia) foi a que apresentou um tempo de espera mais prolongado e a Neurocirurgia, que é a quinta mais referenciada, foi a que apresentou menor tempo de espera.

Os resultados obtidos neste estudo não coincidem com o tempo de espera para marcação de consulta fornecido

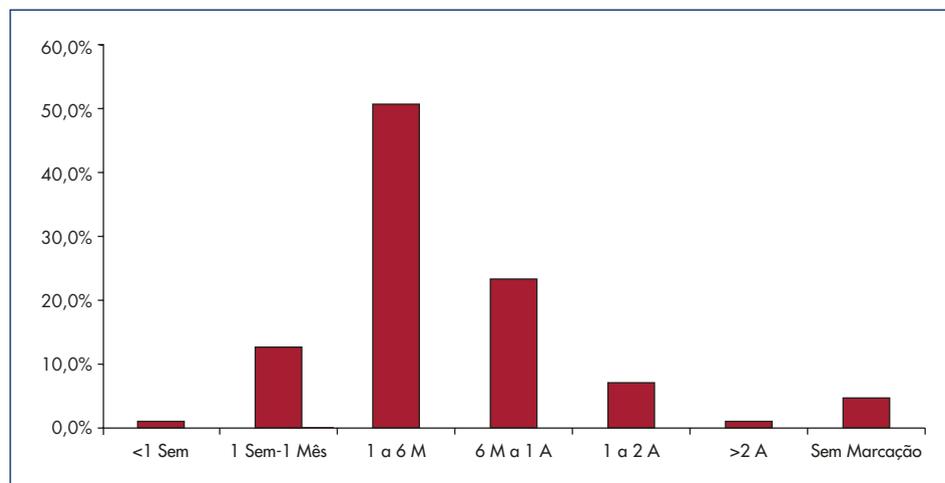


Figura 2. Distribuição das referenciações por intervalo de tempo decorrido entre o pedido da consulta e a efectivação da mesma.

QUADRO V

## EXISTÊNCIA DE INFORMAÇÃO DE RETORNO E ALTURA EM QUE FOI ENVIADA AO MÉDICO DE FAMÍLIA

	n	%
<b>Sem informação de retorno</b>	283	73,7
<b>Com informação de retorno</b>	101	26,3
Envio de carta após a 1ª consulta hospitalar	10	2,6
Envio de carta após estabelecido um plano terapêutico definitivo	16	4,2
Envio de carta após alta da consulta hospitalar	66	17,2
Envio de carta após a 1ª consulta e após o plano terapêutico definitivo	2	0,5
Envio de carta após a 1ª consulta e após a alta	3	0,8
Envio de carta após o estabelecimento do plano terapêutico e após a alta	4	1,0

QUADRO VI

## ESTIMATIVA DE TEMPO DE ESPERA PARA AS DIFERENTES ESPECIALIDADES ENVIADO PELO HOSPITAL PEDRO HISPANO PARA O CENTRO DE SAÚDE E TEMPO DE ESPERA OBTIDO NO ESTUDO

Especialidade	Tempo de espera da consulta externa do HPH 2003 (intervalo e dias)	% de doentes referenciados a esta especialidade que esperam este intervalo de tempo	Tempo de espera mais frequente no presente estudo
Otorrinolaringologia	6 M – 1 A (+ 6 M)	61,8	6M-1 A
Ginecologia	1 – 6 M (4 M)	59,1	1-6M
Cirurgia	1 – 6 M (3 M)	69,2	1-6M
Oftalmologia	1 – 2 A (+ 12 M)	30,6	6M-1A
Neurologia	1 M – 6 M (35 dias)	73,3	1M-6M
Neurocirurgia	< 1 Sem (2 dias)	0	1Sem-1M
Urologia	< 1 Sem (1 dia)	0	1M-6M
Ortopedia	6 M – 1 A (+ 6 M)	40	1M-6M
Cardiologia	< 1 Sem (3 dias)	0	1M-6M
Medicina	1 Sem – 1 M (22 dias)	0	1M-6M
Pediatria	< 1 Sem (1 dia)	0	1M-6M

pelo hospital aos Centros de Saúde da área da ULS de Matosinhos, no ano de 2003, sendo as especialidades que referem um tempo de espera previsto <1 semana aquelas que menos apresentam esse tempo de espera (Quadro VI).

Quando analisada a informação de retorno das especialidades mais referenciadas, constata-se que Neurologia e Ginecologia são aquelas que geram mais informação de retorno; Ortopedia e Otorrinolaringologia são as especialidades com menor percentagem de retorno (Quadro VII).

### Análise bivariada

Para analisar se as cartas de referência com boa qualidade teriam maior quantidade de informação de retorno, realizou-se o cruzamento dessas variáveis, verificando que não há diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de cartas (Quadro VIII).

### DISCUSSÃO

A taxa de referência do CSSH para os CSS calculada para o ano de 2003 foi de 10,1%, segundo dados do SINUS.

QUADRO VII

ESPECIALIDADES MAIS REFERENCIADAS  
E PRESENÇA DE INFORMAÇÃO DE RETORNO

Especialidade	n	% com informação retorno
ORL	56	7,1%
Ginecologia	37	46,5%
Cirurgia	30	14,0%
Oftalmologia	23	27,0%
Neurologia	21	46,7%
Neurocirurgia	22	26,1%
Urologia	20	38,1%
Ortopedia	16	4,5%
Cardiologia	15	30,0%
Medicina	56	18,8%
Pediatria	43	13,3%

QUADRO VIII

QUALIDADE DAS CARTAS E PRESENÇA  
DE INFORMAÇÃO DE RETORNO

	n	% com informação retorno	p
Má qualidade	18	22,2%	
Qualidade razoável	331	26,6%	0,916*
Boa qualidade	35	25,7%	

\* Teste Qui-Quadrado

Otorrinolaringologia, Ginecologia e Cirurgia Geral foram as especialidades mais referenciadas. A maioria (65,3%) das cartas de referência foi considerada de qualidade razoável. A informação de retorno só estava presente em 26,3% dos casos.

Não foi encontrada relação entre a qualidade da carta e a presença de informação de retorno.

O presente estudo revela aspectos de qualidade: utilização de uma amostra aleatória, análise de diversas fontes de informação para cálculo da taxa de referência e estudo da qualidade das cartas de referência.

No entanto, a discrepância dos dados

das diferentes fontes de informação limitou a obtenção de uma taxa de referência inequívoca.

Este estudo tem algumas limitações: a possibilidade de existência de vies de informação no caso da avaliação da legibilidade, assim como a avaliação indirecta da existência de informação de retorno por verificação no processo familiar, ainda que cruzada com a verificação da existência de cópia desta no processo hospitalar.

**Taxa de referência**

A taxa de referência encontrada para o ano de 2003 foi de 10,1%, de acordo com os dados fornecidos pela aplicação informática SINUS. Esta fonte foi escolhida por fornecer dados relativos à referência a todos os estabelecimentos de saúde que se articulam com o CSSH. Sendo uma fonte informatizada, apresentaria, à partida, uma boa fiabilidade.

A fonte utilizada para selecção da amostra (registos manuscritos de referência ao HPH existentes no CSSH) não poderia ter sido utilizada para cálculo da taxa de referência, pois fornece exclusivamente os dados de referência ao HPH que, apesar de ser o principal, não é o único hospital de referência do CSSH. Os dados fornecidos por esta fonte correspondem ao registo manual de todos os pedidos de consulta, registados em folhas de protocolo. Esta fonte foi escolhida para selecção da amostra por listar um a um os pacientes referenciados, permitindo a sua aleatorização e posterior identificação para consulta do respectivo processo clínico (o que não seria possível através dos registos do SINUS).

Perante duas fontes diferentes, a comparação resultou inevitável e os respectivos números revelaram-se muito dispares: durante o ano de 2003 foram referenciados ao HPH, de acordo com o SINUS, 7.764 doentes, enquanto que, de acordo com o registo manual, foram

referenciados apenas 2.208 (28 %).

Para tentar aferir qual das fontes retrata a realidade e, eventualmente, detectar a causa da disparidade, foi pedido a cada um dos hospitais de referência do CSSH que fornecessem o número de pedidos de consulta feitos por parte do CSSH durante 2003. Estes números revelaram, por sua vez, novas disparidades. Tomando como exemplo o HPH, este estabelecimento declarou ter recebido (de acordo com aplicação informática SONHO) 828 pedidos de consulta do CSSH durante o ano em questão (este número era de 2.208 de acordo com os registos manuais do CSSH e de 7.764 de acordo com o SINUS).

Encontrada esta disparidade, que punha em causa a qualidade dos dados informáticos, foram contactadas as entidades responsáveis: através da direcção do CSSH foi contactado o IGIF enquanto responsável pela aplicação informática SINUS e, directamente, o Serviço de Estatística e o Centro de Responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários da ULS de Matosinhos, enquanto responsáveis pelos dados extraídos do SONHO. Nenhuma destas entidades identificou ou assumiu qualquer falha.

De igual modo, no CSSH foi reavaliado todo o processo de registo manual dos pedidos de referência ao HPH. Neste processo foram identificadas algumas possíveis falhas: dado ser um processo manual, poderá eventualmente não ser registado algum pedido de referência, subvalorizando o número real; ainda, por vezes, é necessário repetir os pedidos de referência por se detectar que pedidos prévios não são recebidos no HPH, incrementando assim o número real. Em qualquer dos casos, a impressão subjectiva geral de todos os intervenientes (médicos e administrativos) é de que a frequência de ocorrência deste tipo de falhas é baixa, não lhe podendo possivelmente

ser imputada a magnitude da disparidade.

Este conjunto de considerações levam-nos a concluir que a diferença entre as fontes de informação podem dever-se a erros de registo, facto que poderá tornar difícil a própria avaliação do processo de referência e a qualidade do mesmo.

### **Características da referência**

As especialidades mais referenciadas foram Otorrinolaringologia, Ginecologia, Cirurgia e Oftalmologia. Trata-se de especialidades cirúrgicas, com patologias que necessitam de técnicas específicas não disponíveis nos cuidados de saúde primários, daí a necessidade de maior referência. No caso de Ginecologia, o facto dos médicos de família serem responsáveis pelo rastreio oncológico nesta área pode também levar a maior detecção de patologia previamente oculta e que necessita de orientação para os cuidados secundários.

Algumas especialidades podem ter valores de referência subestimados uma vez que o médico de família, à partida, já não referencia para essas especialidades com a frequência que necessitaria por vários motivos, que se prendem com particularidades locais. No caso de Endocrinologia, não são aceites referências directas uma vez que há consultoria desta especialidade no CS que faz a triagem e admissão dos utentes com necessidade de aceder aos cuidados secundários. Oftalmologia apresenta um valor de referências que pode ser inferior ao real pois os MF não referenciam devido a critérios de referência rígidos e limitativos (por incapacidade de resposta do serviço). Urologia apresenta igualmente critérios de acesso não formalmente expressos, que condicionam um grande atraso na obtenção da consulta, desincentivando a referência de certo tipo de patologias muito prevalentes. Outro exemplo é a Ortopedia, uma vez que há outro

hospital de referência (Prelada) com resposta eficaz, para o qual os MF referenciam grande número de doentes. A existência de uma consulta de telemedicina em Dermatologia condiciona o acesso a esta especialidade por essa única via, não sendo possível referenciar os doentes directamente. Outra particularidade da ULS de Matosinhos é a existência de um departamento de Medicina que faz a triagem e redistribuição dos pedidos de consulta para as diferentes especialidades médicas, independentemente da especialidade solicitada pelo médico de família.

No que diz respeito às cartas de referência, este estudo mostra que 65,6 % são de **qualidade razoável**; é importante ter a noção que se o exame físico e medicação habitual fossem mencionados (os pontos mais negligenciados na carta), muitas cartas passariam a ter **boa qualidade**. A ilegibilidade foi encontrada em 10,7% dos casos, o que deve ser melhorado, nomeadamente com a introdução da informatização dos registos clínicos. Estes dados ajudam a direccionar o aperfeiçoamento das cartas, primordial para melhorar a articulação de cuidados.

### Resposta dos Cuidados Secundários

O tempo de espera entre pedido e efectivação de consulta foi na maioria dos casos de 1 a 6 meses. Nos outros estudos consultados o tempo de espera foi de 58,2<sup>6</sup> a 82,5 dias.<sup>7</sup> Neste estudo o tempo de espera foi avaliado por intervalos de tempo, o que pode ter constituído uma forma pouco rigorosa de avaliar esta variável; seria mais elucidativo ter avaliado o tempo em dias de espera, sendo uma medida mais fiel. No entanto, obtivemos uma perspectiva aproximada da realidade que parece sobrepor-se aos valores obtidos noutros estudos.

A informação de retorno encontrou-se em 26,3% dos processos clínicos consultados, o que mostra a escassa

comunicação entre os dois níveis de cuidados. Este facto pode condicionar mais gastos em saúde por duplicação de exames complementares, erros terapêuticos ou falhas diagnósticas, uma vez que falta informação clínica para o médico de família garantir a continuidade de cuidados pretendida. Este valor é semelhante aos apresentados por outros estudos portugueses.<sup>7,8</sup>

Confrontando os resultados com as directrizes publicadas pela ULS de Matosinhos sobre o envio de informação de retorno ao Médico de Família,<sup>16</sup> constatou-se que, das situações em que houve resposta, apenas em 34,6% dos casos há informação de retorno em dois períodos de seguimento do doente e em nenhum caso houve três cartas de informação de retorno, conforme o preconizado nas directrizes. Podemos inferir que há algumas falhas na articulação de cuidados, nomeadamente na falta de preocupação em manter um bom nível de comunicação entre os dois níveis de cuidados. Verificou-se que na maioria das especialidades há disparidade entre o tempo de espera previsto pelo HPH que é divulgado para o CS e o tempo de espera real, sendo o último superior.

### CONCLUSÕES

As várias fontes de registos relativos à referência consultadas não demonstraram credibilidade; o rigor de registo e confrontação dos dados das várias entidades implicadas no processo de referência serão importantes para tornar possível a avaliação do mesmo e identificar os aspectos a aperfeiçoar.

A informatização dos sistemas de saúde será um passo crucial para melhorar a comunicação entre os diferentes níveis, permitindo a comunicação em rede.

É essencial investir no aperfeiçoamento da carta de referência e infor-

mação de retorno. Nesta perspectiva, seria ideal ter acesso directo a protocolos de referência e envio por *internet* dessas mesmas cartas. Este aspecto permitiria uma troca de informação em tempo útil e uma maior fluidez nessa mesma comunicação.

#### Colaboradores

Dra. Joana Santos – pela análise crítica em todas as fases do estudo.

Dra. Mónica Granja – pela análise crítica em todas as fases do estudo; pela colheita de dados relativos à taxa de referência.

Dra. Teresa Neto – pela análise crítica em todas as fases do estudo.

#### Agradecimentos

Núcleo de Investigação - Dra Clara Fonseca e Dr Rui Maio pela análise crítica da metodologia e resultados do trabalho.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Health Quality Service. The Health Quality Service Accreditation Programme: Standards for Primary Health Care Teams. 4th ed. London: Isqua; 2001.
2. Miranda JA. Como melhorar a ligação médico de família-hospital? *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 189-90.
3. Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners. 2002. Disponível em: URL: [http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp\\_GMP06.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp_GMP06.pdf) [acedido em 02-10-2006]
4. Granja Romero E, Trinidad San José JC, González Rivero C, del Rio Romero D, Moreno Fernández A, López Soto A. estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: se puede gestionar la lista de espera? *An Med Interna* 2004 Feb; 21 (2): 72-4.
5. Direcção-Geral da Saúde. Portugal Saúde: Indicadores básicos 2002: Recursos humanos e despesas totais e públicas em saúde. Lisboa: DGS; 2005.
6. The European study of referrals from primary to secondary care: report to the Coordinated Action Committee of Health Services Research for the European Community. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1992 Apr; (56): 1-75.
7. Janeiro M. Acesso aos cuidados de saúde secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 193-207.
8. Barreira S. Referência e comunicação entre cuidados primários e secundários. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 545-53.
9. De Prado Prieto L, García Olmos LG, Rodríguez Salvanés FR, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005 Feb 28; 35 (3): 146-51.
10. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract* 2002 Mar; 51 (3): 215-22.
11. Rubio Arribas V, Rodrigues Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta. *Aten Primaria* 2000 Dec; 26 (10): 681-4.
12. Direcção do Centro de Saúde de Leça da Palmeira. Procedimento Transversal aos Centros de Saúde. Referência e investigações - Referência para consulta de especialidade. *Boletim Normativo* 149 (15 de Janeiro de 2005).
13. Grupo Operacional para a Qualidade do Centro de Saúde da Senhora da Hora. Referência. *Boletim Normativo* 11 (1 de Fevereiro de 2005).
14. Buxade Martí I, Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Pérez Galindo J, Bolívar Ribas I. El informe de alta hospitalaria en atención primaria I: análisis de su utilidad. *Aten Primaria* 2000 Oct; 26 (6): 383-8.
15. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários III: comparações internacionais. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 115-24.
16. Conselho de Administração da ULS de Matosinhos. Consulta Externa - Comunicação entre os Médicos dos Cuidados Primários e os Médicos Hospitalares. *Boletim Informativo* número 24 (14 de Abril de 2005).
17. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H.

Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pract 2003 Mar; 53 (488): 217-9.

18. Jones Elwyn G, Stott NC. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. BMJ 1994 Sep 3; 309 (6954): 576-8.

---

**Endereço para correspondência:**

Carla Mónica Faria Ponte  
Travessa Avilhó, nº 373  
4460-698 Custóias - Matosinhos  
Telefone: 229543549/ 916079495  
carlaponte77@hotmail.com

Recebido para publicação em: 19/06/2006  
Aceite para publicação em: 03/10/2006

**ABSTRACT**

**Introduction:** *The referral process between Primary and Secondary Health Care is of great interest, especially because of aspects related to the quality of the care provided and economic ones. The European study of referrals revealed a referral rate in Portugal of 5,56%. In Portugal there are no studies about the quality of the referrals. The Health Local Unit of Matosinhos intends to give global care to its patients connecting Primary Care Centres with the Hospital. In terms of referral, this connection must be perfected.*

**Objectives:** *To determine the referral rate, to characterize the referred population, to evaluate the characteristics of the referrals, to describe and analyse the Secondary Health Care's response.*

**Methodology:** *Transversal analytic study. Gathering of the number of referrals of the Senhora da Hora Health Centre in 2003. Randomly selected sample of 400 referrals from the list of referrals made to the Hospital Pedro Hispano. Determination of the sample's descriptive statistics and the use of the  $\chi^2$  test for frequency comparison ( $\alpha = 0,05$ ).*

**Results:** *The referral rate was 10,1%. The average age of the referred population was 45,3 years, with 61,8% being female. The more referred specialities were the name of the patient (98,9%), the referral objective (92,8%) and date (94,8%). However the majority did not mention the usual medication (71,3%), the description of the physical exam (51,5%) or the physician's identification (52,3%). In 50,8% of the cases the medical appointment was made one to six months after the referral. There was return information in 26,3% of the referrals.*

**Conclusions:** *This study revealed failures in the articulation of health care. The physician should take into account that the referral/return letter is a primordial vehicle of communication and it has to be perfected, to improve the quality of the care provided. Network information systems and protocol rules may contribute to improve the articulation of the care provided.*

---

**Key-Words:** *Referral; Primary Health Care; Secondary Health Care.*