

Referenciação – onde muitos ralham e poucos têm razão

JAIME CORREIA DE SOUSA*

O homem de bem exige tudo de si próprio; o homem medíocre espera tudo dos outros.

Confúcio

INTRODUÇÃO

A referenciação médica é uma atitude diária de qualquer médico de família. Ela é efectuada sempre que um profissional recorre em nome do doente a recursos que estão fora da sua competência, quer seja dentro ou fora do Centro de Saúde. Existem diversas razões para referenciar utentes para cuidados secundários: os doentes podem ser enviados para diagnóstico, para uma investigação complementar específica, para se obter uma opinião, para gestão clínica do paciente ou para um tratamento específico.¹ Na maior parte destes casos não será difícil conseguirem-se pontos de acordo e critérios consensuais com os colegas hospitalares, desde que se envolvam os profissionais dos dois sectores em encontros e reuniões de discussão de motivos e critérios.

Existem razões para outras referenciações: entre elas podem estar a necessidade de partilhar os cuidados a um doente difícil ou exigente, um mau relacionamento com o doente que necessita de uma segunda opinião, a resposta a um pedido ou exigência de um doente ou seu familiar e a simples necessidade de tranquilização do médico ou do doente.¹ Neste segundo grupo de

referenciações pode existir maior dificuldade em se estabelecerem acordos com os colegas dos cuidados secundários quanto à sua justificação e, em muitas destas situações, os especialistas hospitalares poderão não estar tão disponíveis para partilhar os cuidados, por ser clínica e tecnicamente menos clara a razão da referenciação. Este grupo de motivos de referenciação pode ser uma área de potencial atrito entre médicos e justifica algum trabalho de cooperação para melhorar o entendimento entre profissionais.

O médico de família tem a obrigação profissional e ética de cuidar dos pacientes a seu cargo de acordo com as normas e recomendações específicas e de utilizar a referenciação de forma criteriosa e judiciosa. Referenciações e internamentos desnecessários devem ser evitados; eles são dispendiosos para o SNS, criam desconforto e ansiedade aos doentes e podem colocá-los em risco de medicalização.

Existe uma grande variabilidade de taxas de referenciação entre médicos,^{2,3} uma parte da qual pode ser explicada por características psicológicas do médico tais como rejeição do risco ou baixa tolerância da incerteza, outras causas podem ser a maior ou menor experiência profissional ou o local ou País onde o médico exerce a sua actividade profissional.¹

A referenciação implica uma transferência de responsabilidade de uma parte ou da totalidade dos cuidados ao paciente; contudo essa transferência nunca é total uma vez que o médico de fa-

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

mília retém um compromisso global sobre a saúde do doente. A partilha de responsabilidade entre o médico de família e o outro especialista deveria ser claramente definida, caso a caso, apesar da dificuldade que essa definição muitas vezes acarreta. É frequente que a divisão de tarefas e de responsabilidade seja tacitamente assumida, sem haver lugar a qualquer acordo formal entre o médico de família e o hospitalar e, é claro, sem ouvir a opinião do paciente, o que pode acarretar lacunas assistenciais preocupantes.⁴

A forma tradicional mais difundida de envio de um doente a cuidados secundários é a carta de referência. O telefone, o fax, o e-mail, o contacto directo são muito menos usados; é importante utilizar-se uma forma escrita por permitir conservar um registo da informação que possa ser revisto mais tarde. A informação mínima necessária, embora dependendo do motivo e serviço para onde se referencia, pode ser definida com base em critérios de bom senso que habitualmente obtêm um razoável consenso. Essa informação mínima poderá consistir na identificação e informação pessoal sobre o doente, a identificação do médico, dos principais sinais e sintomas do doente e do motivo da referência; a esses dados poderá ainda ser acrescentada a história familiar, a medicação que o doente efectua e os resultados de exames relevantes para o motivo de envio à consulta.⁵ Numerosos serviços hospitalares entendem que a informação mínima necessária para que o «pedido» de consulta seja aceite à consideração do médico responsável pela triagem deve ser definida pelo próprio serviço, de forma quase sempre unilateral.

Como resposta a algumas insuficiências na qualidade da referência, têm surgido tentativas de estruturar a informação através do uso de impressos próprios onde exista um espaço para anotar a informação considerada mais im-

portante. Esta medida é igualmente recomendada noutros contextos e parece ter algum impacto positivo na melhoria da qualidade da referência.^{6,7}

É frequente médicos dos dois níveis de cuidados queixarem-se e recriminarem-se mutuamente pela má qualidade da informação contida na correspondência que trocam entre eles. Existem poucos trabalhos que estudaram a comunicação entre os cuidados primários e secundários,⁸⁻¹¹ quer a qualidade das cartas de referência, quer da informação de retorno. Destes estudos pode-se concluir que existem muitas oportunidades para melhorar ao nível dos dois sectores. Há atrasos consideráveis na resposta, há solicitações sem resposta ao fim de muitas semanas ou meses, há mesmo extravio de pedidos de consulta, muitos médicos hospitalares não enviam qualquer informação de retorno, outras vezes a informação só surge após muita insistência e com considerável atraso, por vezes ilegível ou sem identificação do médico. A elevada percentagem (de 63,4% a 73,4%) de situações em que não existe nenhuma carta de resposta é preocupante e contrasta com a habitual recriminação dos médicos hospitalares sobre a má qualidade das cartas de referência que se situou entre os 18% e os 25,3% em dois estudos efectuados.^{11,12}

CONCLUSÕES

Sendo fundamental para melhorar os cuidados de saúde aos pacientes que se promova uma melhor articulação entre cuidados primários e secundários, não são claras as medidas que podem levar os dois grupos profissionais envolvidos no processo a melhorar a qualidade da comunicação técnica e profissional.¹³

Existe evidência que o processo segundo o qual os pacientes são referenciados poderia ser melhorado; há doentes enviados de forma inapropriada, não

sendo enviados quando deviam, sendo-o quando não deviam e sendo referenciados tendo executado exames desnecessários. Na revisão Cochrane efectuada por Grimshaw e colaboradores, concluiu-se que a distribuição de normas de orientação clínica (NOC's) com impressos próprios padronizados e o envolvimento dos especialistas hospitalares na formação poderá melhorar o processo de referênciação. No entanto uma simples distribuição de NOC's e a informação de retorno aos médicos sobre a forma como referenciaram poderá não o fazer.¹⁴ Na realidade, a informação de retorno dos especialistas hospitalares oferece muito pouco como fonte de educação médica contínua, apesar dos médicos de família se mostrarem receptivos ao uso das respostas dos seus colegas como fontes de aprendizagem.¹⁵ Parece estar-se perante uma oportunidade perdida: por um lado existe a percepção empírica por parte dos colegas hospitalares de que a qualidade da referênciação não será a desejável, embora exista um exagero da frequência com que esse facto ocorre, mas os médicos hospitalares não estarão a tomar as iniciativas mais efectivas para melhorar a sua própria informação de retorno ou para utilizar essa informação como um meio de educação médica contínua.

Por muito que possa parecer estranho a alguns médicos hospitalares, a dificuldade em estabelecer um diagnóstico ou de conseguir uma gestão adequada dos problemas de um doente são razões relevantes para se solicitar a colaboração de um colega de uma determinada especialidade. Este fenómeno deriva da própria natureza da prática da medicina geral e familiar e os dois níveis de cuidados terão que aprender a viver com esta contrariedade.

A prática corrente de serem os especialistas hospitalares a definir os critérios e as condições de referênciação, replicado até à exaustão por todo o País, pode e deve ser objecto de uma reflexão

partilhada entre os médicos dos dois sectores, de preferência entre clínicos (e não necessariamente as chefias) que têm o dever de cooperar nos cuidados aos pacientes, e baseando-se em casos reais. Este hábito instalado não é bem aceite entre médicos de família, cria com frequência mal-estar e é uma potencial fonte de fricção entre profissionais.

A partilha de informação através de um sistema de informação electrónico que, respeitando as diferenças de organização da informação específicas de cada um dos níveis de cuidados, promova a comunicação e facilite a troca de informação clínica poderá estar cada vez mais próxima. Já existem exemplos de partilha de informação clínica entre cuidados de saúde primários e hospitalares através do sistema de informação electrónico e estão a ser dados passos concretos para que esta possibilidade se torne generalizada a todos os médicos de família.

Mas, seja qual for o suporte de informação a ser utilizado, irá continuar a ser necessário que cada médico de família, ao enviar um doente a um colega hospitalar, tenha feito um estudo criterioso dos problemas do doente, informe o seu colega sobre os factos mais relevantes e seja claro nas razões por que o envia; mas será igualmente determinante para a melhoria do relacionamento e comunicação entre colegas que as respostas do hospital cheguem atempadamente e que a informação contida seja útil para o médico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roland M. The primary-secondary care interface. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York, NY: Oxford University Press; 2004. p. 273-8.

2. The European study of referrals from primary to secondary care: report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. Occas

Pap R Coll Gen Pract 1992 Apr;(56): 1-75.

3. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários III: comparações internacionais. Rev Port Clin Geral 1994;11:115-24.

4. Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners. 2002. Disponível em: URL: http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp_GMP06.pdf [acedido em 27/12/2006].

5. Winkens R, Wallace P. Interprofessional communication. In: Jones R, Britten N, Culpeper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York, NY: Oxford University Press; 2004. p. 283-7.

6. Rawal J, Barnett P, Lloyd BW. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. BMJ 1993;307:1044.

7. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? Br J Gen Pract 1997 Feb, 47 (415):107-8.

8. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referenciação em Cuidados Primários. II - Dados de seguimento e informação de retorno. Rev Port Clin Geral 1994;11:25-8.

9. Janeiro M. Acesso aos cuidados de saú-

de secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. Rev Port Clin Geral 2001;17:193-207.

10. Barreira S. Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários. Rev Port Clin Geral 2005;21:545-53.

11. Ponte CM, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, et al. Referenciação aos cuidados de saúde secundários. Rev Port Clin Geral 2006;22:555-68.

12. Carvalho I, Ferreira G, Vilarinho A. Análise da Referenciação ao Serviço de Urgência pediátrico. Acta Pediatr Port 2006 Mai-Jun;37 (3):95-100.

13. Miranda JA. Como melhorar a ligação médico de família-hospital? Rev Port Clin Geral 2001;17:189-90.

14. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3): CD005471.

15. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. J Contin Educ Health Prof 2002 Fall;22 (4):222-9.