

# Ética e relações profissionais

ROSALVO ALMEIDA,\* RAQUEL BRAGA\*\*

## RESUMO

*A referenciação dos utentes é a chave-mestra da continuidade de cuidados. No entanto, múltiplas lacunas surgem durante o processo de referenciação, havendo falhas a nível da comunicação relativamente à qualidade e conteúdo da mensagem e ao modo e oportunidade do que deve ser comunicado.*

*O problema em Portugal apresenta particular gravidade, uma vez que existem estudos nacionais e internacionais que reflectem que no nosso país surgem dos piores resultados em termos de troca de informação entre os dois níveis de cuidados de saúde.*

*Desta desarticulação surgem custos em saúde, insatisfação profissional e sobretudo danos para a saúde dos utentes.*

*Levantam-se ainda questões éticas acerca do relacionamento profissional interpares na transmissão da informação, acerca da responsabilidade médica sobre o utente, bem como acerca dos danos para a saúde dos doentes que esta desarticulação de cuidados pode condicionar. Tal facto, resulta de uma má prática clínica no que concerne ao acto de referenciar e orientar o utente através do sistema de saúde.*

**Palavras-chave:** Referenciação; Ética.

## A REFERENCIAÇÃO

### O problema

A referenciação dos utentes é a chave-mestra da continuidade de cuidados. A própria noção de continuidade de cuidados é uma das facetas da multidisciplinaridade da Medicina e da imperiosa necessidade de comunicar. A comunicação de dados clínicos, nos diversos trajectos percorridos pela pessoa doente, é hoje muito diferente do que acontecia com as chamadas «conferências médicas» do século passado. O próprio Código Deontológico da Ordem dos Médicos deixou cair essa figura prevista em vários dos seus artigos (114.º a 121.º), revogando-os com a publicação do Regulamento de Conduta nas Relações entre Médicos. O artigo 18.º desse pouco conhecido Regulamento determina que «O médico assistente que envie doente a hospital deve transmitir aos respectivos serviços médicos os elemen-

tos necessários à continuidade dos cuidados clínicos» e que «Os médicos responsáveis pelo doente no decurso do seu internamento hospitalar devem prestar ao médico assistente todas as informações úteis acerca do respectivo caso clínico».<sup>1</sup>

A enunciação destes deveres de conduta não tem, no entanto, uma tradução tão concreta e efectiva como seria desejável. São frequentes as acusações recíprocas que Médicos de Família e Médicos Hospitalares expressam quando, uns e outros, se referem à pobreza dos dados que acompanham os «seus» utentes, quando os recebem.

Resulta deste diferendo um conjunto preocupante de consequências: duplicação de exames, atrasos de diagnósticos e de tratamentos, acréscimo global de despesas, assimetrias injustificadas na alocação de recursos, dificuldades de incluir os doentes no processo de decisão e participação no tratamento, entre outras possíveis.

### A transcendência do problema

Em Portugal os custos na área da saúde em 2002 representaram 9,1% do Produto Interno Bruto, sendo o terceiro país da Europa em que este valor foi mais elevado.<sup>2</sup>

O Médico de Família, sendo quem faz a avaliação inicial da situação e quem, na maioria das vezes, decide de que forma o doente irá ser orientado através do Sistema de Saúde, tem um papel importante na decisão de quanto se vai gastar. Se o processo de articulação de cuidados for eficiente, pode poupar-se em despesas de saúde e em recursos hu-

\*Neurologista – ARS Norte

\*\*Médica de Família – Centro de Saúde da Senhora da Hora, ULS Matosinhos

manos. Caso contrário gera-se uma sobrecarga de recursos, de desconforto e sobretudo de danos para o doente.

Mais do que nesta faceta meramente economicista, a transcendência do problema centra-se nos custos reais para o utente. Nos meandros do processo de referenciação, o estado de saúde do paciente pode agravar-se irremediavelmente, levantando-se pertinentes questões éticas e legais acerca das quais convém reflectir.

A percepção social deste problema coloca-se à classe médica no sentimento de desgosto, de insatisfação profissional e até pessoal que, extravasando a questão central do prejuízo do doente, também se reflecte na forma como nós, médicos, nos desgastamos nas nossas relações profissionais.

### **A vulnerabilidade do problema**

A vulnerabilidade do problema da referenciação reside na obtenção de uma solução que permita agilizar o processo, tornando-o eficaz, ganhando tempo, minimizando as despesas, diminuindo as perdas de informação e os tempo de espera e sobretudo garantindo o interesse do doente.

Neste processo, é necessário que a informação exista, tenha qualidade e legibilidade, circule sem demoras e sem perdas, minimizando ou eliminando os intervenientes omissos ou que se queiram fazer omitir.

No Quadro I podemos ver um exemplo dos dias de hoje, decalcado da realidade, em que o processo de referenciação de um utente é dissecado passo a passo.

Cada um dos passos coloca uma diferente questão ética. Será fácil, neste longo trajecto da referenciação, dar um passo em falso e perder-se um doente pelo caminho...

Assumir com clareza e rigor o dever de fornecer sistematicamente informação acerca do nosso paciente é tarefa tão importante como o acto de prescre-

ver, de diagnosticar ou de aconselhar.

Fazê-lo de forma pronta e oportuna, respeitando a privacidade do paciente, sempre que tal nos seja por ele (ou seu representante) solicitado, deveria ser tarefa a cumprir com cordialidade e delicadeza para com os nossos pares.

### **A dimensão do problema**

Um estudo europeu sobre referenciações de Cuidados de Saúde Primários para Cuidados de Saúde Secundários,<sup>3</sup> publicado em 1992, comparou as taxas de referenciação obtidas para os diversos países. Em Portugal foi encontrada uma taxa de 5,56%. Este mesmo estudo revelou que 39,7% das referenciações eram para a área médica, 28,4% para a área cirúrgica e 21,9% para outras.

Em 1994 foram publicados os resultados de um outro estudo de nível europeu, este efectuado por autores portugueses, sobre referenciação em Cuidados de Saúde Primários, em que Portugal apresentou os piores resultados em termos de troca de informação entre os dois níveis de cuidados de saúde.<sup>4,6</sup>

M. Janeiro apurou<sup>7</sup> que, em Serpa, durante o ano de 1997, apenas 27% dos utentes referenciados trouxeram de volta ao seu Médico de Família informação de retorno e cerca de 24% dos utentes referenciados não obtiveram a marcação da consulta solicitada. Estes valores foram piores do que os verificados num estudo efectuado pelo mesmo autor 10 anos antes e do que os de outros estudos europeus.

Num estudo publicado em 2006, efectuado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, determinou-se que as cartas de referenciação elaboradas pelos Médicos de Família tinham uma qualidade razoável (9,4%) ou boa (65,6% dos casos). Obteve-se informação de retorno em 26,3% das referenciações. Este estudo revelou a existência de lacunas na articulação dos cuidados de saúde, nomeadamente na de-

## QUADRO I

## CIRCUITO REAL DA REFERENCIAÇÃO DE UM DOENTE, POSSÍVEL EM 2008 EM PORTUGAL

1. O Doente expõe uma queixa ao Médico de Família (MF)
2. O MF pondera se a situação é passível de referenciação (sim ou não – tempo)
3. O MF considera que deve referenciar o utente (sim ou não)
4. O MF escreve uma carta de referenciação com a informação adequada (sim ou não)
5. O MF tem a possibilidade de escolher para que serviço referenciar (sim ou não)
6. O MF entrega a carta com a informação ao doente para que este a entregue ao administrativo (sim ou não)
7. O doente entrega a carta ao administrativo (sim ou não)
8. O administrativo envia a carta / fax correctamente para o seu destino – Ex: Consulta do Hospital (sim ou não)
9. A carta / fax é recebida pelo serviço administrativo do Hospital (sim ou não)
10. A carta é encaminhada para o médico responsável pela triagem das cartas (sim ou não – tempo)
11. A consulta é devidamente marcada (sim ou não – tempo)
12. O utente é devidamente notificado da marcação da consulta (sim ou não – tempo)
13. O doente acede à consulta, a nível dos cuidados de saúde secundários (sim ou não – tempo)
14. A situação clínica do doente é devidamente orientada em tempo útil (sim ou não)
15. É remetida informação intermédia ao MF (sim ou não)
16. O motivo pelo qual o doente foi referenciado foi devidamente apontado pelo MF e é devidamente esclarecido pelo médico hospitalar (sim ou não)
17. O diagnóstico/tratamento é efectuado a nível dos cuidados de saúde secundários (sim ou não)
18. O doente, neste lapso de tempo em que o processo se arrasta vai recorrendo ao MF colocando dúvidas, entre outras, decorrentes da situação que gerou a referenciação, dado que tem maior acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários. O MF na posse da informação entretanto recebida dos cuidados de saúde secundários pode manejar esta situação clínica, servindo de intérprete ou de conselheiro para com o seu doente (sim ou não)
19. No momento da alta hospitalar a informação de retorno é gerada pelo médico hospitalar e contém a informação adequada (sim ou não)
20. A informação da nota de alta hospitalar é entregue ao doente e ao serviço administrativo para ser endereçada ao MF (sim ou não)
21. A informação da nota de alta chega efectivamente ao MF (sim ou não)
22. A informação de retorno consta do processo clínico do doente (no Hospital e no Centro de Saúde) (sim ou não)
23. O desfecho da referenciação foi favorável ao doente (sim ou não)
24. Os profissionais envolvidos não falharam e sentem-se realizados do ponto de vista profissional com todas as etapas deste processo... (sim ou não)
25. O sigilo médico, o respeito pela privacidade do utente, o seu direito à informação acerca do seu estado de saúde, à escolha do médico que o deve seguir, o consentimento informado entre outras questões éticas foram sempre garantidas (sim ou não)

terminação da taxa de referenciação (que se estimou ser de 10,1%), tendo ainda levantado questões relativamente ao circuito de referenciação e ao tratamento, conteúdo e qualidade da informação acerca do doente.<sup>8</sup>

Neste estudo sugere-se que a utilização de sistemas de informação em rede e de regras básicas ou protocoladas de referenciação possam contribuir para

melhorar a articulação dos cuidados.<sup>8</sup>

### A boa prática clínica em termos de referenciação

Os critérios do *Royal College of General Practitioners* (RCGP) para a definição de padrões de qualidade de prática clínica da especialidade de Medicina Geral e Familiar no Reino Unido<sup>9,10</sup> na área da referenciação incluem a demonstração

de que as referências para outros níveis de prestação de cuidados são acompanhadas de toda a informação necessária para o especialista hospitalar fazer uma avaliação apropriada e eficiente do problema do doente.

Em relação à continuidade de cuidados, um dos critérios considerados necessários pelo RCGP<sup>9,10</sup> para a revalidação da certificação dos médicos de família ingleses como executantes 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.

Estas boas práticas condicionam um mecanismo eficiente para prestar cuidados continuados de saúde. Permitem fazer uma melhor gestão das listas de espera de modo a não serem sobrepostos ou duplicados os cuidados prestados. Ao mesmo tempo é transferida e partilhada a responsabilidade entre os vários intervenientes no processo de referênciação.

A desarticulação de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e os Secundários gera uma utilização ineficiente dos recursos, que na área da consulta externa influencia o aparecimento das listas de espera.<sup>11</sup>

Evidentemente, a espera por uma consulta acarreta para o doente diminuição da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Aos gastos económicos gerados por esta situação, acrescem os problemas éticos e legais. De quem é a responsabilidade pela evolução de saúde de um utente referenciado que ainda não obtve uma consulta? De quem é a responsabilidade se uma informação de referência ou de retorno não chegou ao destino (porque se perdeu ou porque nunca foi produzida)? De quem é a responsabilidade pelo atraso na leitura/triagem das cartas de referência? Que critérios presidem à prioridade da marcação das

consultas? Será que a informação contida nas cartas de referênciação possibilita a utilização destes mesmos critérios, caso eles existam?

Estas são apenas algumas das questões éticas que decorrem de processos de referênciação como aquele que está descrito no Quadro I.

Neste limbo, ou seja, nesta situação em que o doente não se encontra cara-a-cara com nenhum médico, mas em que o seu processo se arrasta nos meandros da referênciação, o seu estado clínico evolui, algumas vezes desamparado ou dissociado do registo formal (ou da falta dele) no processo clínico.

O RCGP define critérios de boa e má prática clínica no que concerne à referênciação de doentes, sobre os quais convém reflectir e adequar à realidade portuguesa, de uma forma mais consistente e formal (Quadro II).

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.

Caberia indubitavelmente ao Médico da Família, num Sistema de Saúde ideal, zelar para que a referência dos seus utentes fosse feita aos Serviços/Consultas que demonstrassem ter melhores padrões de qualidade (melhores resultados; menor espera; melhor atendimento; maior comodidade).

No entanto, os constrangimentos geográficos ou de organização do nosso Serviço de Saúde colocam situações em que, por vezes, esta questão primordial não se chega a colocar.

Mais dramático ainda: porque a resposta dos Cuidados de Saúde secundários é tão inacessível, nem se chegam a gerar referências à partida.

Esta questão coloca alguns pacientes em desvantagens tão flagrantes que o direito à igualdade no acesso aos Cuidados de Saúde é liminarmente defraudado...

## QUADRO II

## BOAS PRÁTICAS NA REFERENCIAÇÃO DE UM PACIENTE POR PARTE DO MÉDICO DE FAMÍLIA

- Fornecer toda a informação relevante relativa a antecedentes pessoais e situação actual do doente. Incluir qual a dúvida diagnóstica ou pedido de tratamento ou de acompanhamento contido na referenciação.
- Em caso de se aconselhar um doente ou lhe prescrever/efectuar tratamento, não sendo o seu Médico de Família, deve-se garantir que os resultados dos estudos complementares de diagnóstico e tratamentos preconizados, bem como outras informações necessárias para a continuidade de cuidados, são fornecidos ao Médico de Família do doente, a não ser que o doente se oponha explicitamente à transferência da informação.
- Excepto em situações de urgência, ou em situações em que tal seja impraticável, deve-se informar o Médico de Família do paciente de que se lhe vai iniciar um tratamento. Caso esta informação não seja dada antes, ou logo após o início do tratamento, o médico que inicia o tratamento será responsável pela continuidade de cuidados até que outro médico assuma a responsabilidade do caso.
- Saber concretamente os limites da competência do Médico de Família dentro do seu contexto (pontos fortes e limitações) e quando referenciar. Os pacientes têm que confiar que o Médico de Família os referencia para um especialista, sempre que necessário. Em geral, devem ser respeitados os pedidos de segunda opinião, embora haja circunstâncias em que o juízo do Médico de Família possa considerar que esse pedido possa ser contrário ao interesse do doente.

**O Médico da Família excelente:**

- Dentro da sua equipa providencia o tipo de cuidados normalmente fornecidos a nível da Medicina Geral e Familiar.
- Ajuíza adequadamente quais os seus utentes que necessitam de ser referenciados.
- Escolhe o especialista que melhor responde às necessidades individuais do seu paciente.
- Acompanha as suas referenciações da informação necessária para o especialista fazer uma avaliação eficiente do problema do paciente.
- Quando apropriado, fornece ao especialista um *feedback* da qualidade dos cuidados que prestou.

**O Médico de Família inaceitável:**

- Não referencia os seus pacientes quando necessário.
- Frequentemente ignora os pedidos dos seus pacientes para obterem uma segunda opinião.
- Frequentemente referencia pacientes por assuntos que deveriam ser resolvidos a nível dos cuidados de saúde primários/prática de Medicina Geral e Familiar.
- Não fornece a informação necessária para o especialista poder oferecer os melhores cuidados.

Fonte: Royal College of General Practitioners, General Practitioners Committee. Good Medical Practice for General Practitioners. London: RCGP; 2002.

Outra questão ética a levantar é a do conhecimento acerca do «quando» e do «como» referenciar. Significa isto que um Médico de Família bem formado (aquele que conhece e põe em prática os correctos critérios de referenciação) não deve sofrer constrangimentos à sua prática por atitudes ou práticas clínicas desviantes a nível dos Cuidados de Saúde secundários.

Também importantes são os problemas da difícil fixação de critérios de seguimento de doentes crónicos e os da existência de certos níveis de prescrição

específicos, os quais, por vezes, introduzem factores de perturbação independentes da vontade dos intervenientes.

**As causas (etiopatogenia) do problema**

A falta de cumprimento do dever de bem referenciar tem, naturalmente, várias explicações, das quais se alinham as que nos parecem mais relevantes.

**A) A ÉTICA DA PROFISSÃO MÉDICA**

A profissão médica tem uma dimensão ética com um ascendente histórico-so-

cial muito marcante embora este esteja, aparentemente, em fase de atenuação relativa. Esta noção, difícil de definir com rigor, faz com que a sociedade em geral reconheça nos médicos uma especial responsabilidade e reaja, talvez mesmo com maior intensidade do que no caso de outras profissões, quando identifica uma falha ética.

A existência de um código deontológico e de uma entidade como a Ordem dos Médicos, com o seu papel regulador do exercício profissional, não parece ser suficiente para colmatar uma relativa falha de formação (pré e pós-graduada) no campo da ética médica.

O tipo de ensino e o treino actuais sobre matérias como confidencialidade e autonomia dos doentes, compaginados com os limites da independência e da responsabilidade profissionais, serão uma boa explicação para algumas das dificuldades que muitos sentem em lidar com o assunto. Esta é uma área a merecer estudos aprofundados.

#### **B) O TEMPO DISPONÍVEL**

As mais assinaláveis mudanças do paradigma profissional da actualidade resultam da massificação do acesso aos cuidados de saúde, da escassez relativa de pessoal e da pressão do tempo.

Muitos invocam falta de tempo para uma boa referência e, por vezes, associam essa razão à exigência crescente de cumprir determinados procedimentos (registos informáticos, dados para estatística, etc.) consumidores de tempo e de paciência. Outros declaram-se indisponíveis para optar entre tempo dedicado a observar doentes e tempo dedicado à «burocracia» – esse monstro invencível (incluído nesse conceito os «papéis» e os computadores).

#### **C) O «DEFENSISMO» E A DIFICULDADE DE RECONHECER LIMITAÇÕES PRÓPRIAS**

Apesar da «brandura dos nossos costumes», aumenta a frequência de casos mediatizados em que médicos são acusados,

e por vezes condenados, em processos disciplinares relativos a negligência.

As questões sobre responsabilidade médica geram, muitas vezes, práticas defensivas, elas próprias consumindo tempo, e levando a atitudes de racionalidade duvidosa.

Receosos de análises à lupa sobre palavras escritas nos processos clínicos ou nas cartas de referência, alguns refugiam-se numa espécie de «quanto menos, melhor». Nesta atitude, contudo, incorrem num manifesto erro de cálculo porquanto mostra a experiência judicial que é nos documentos que se funda a melhor defesa e não na falta deles.

O defensismo pode também gerar excesso de referências, ou apressadas altas, na ânsia de empurrar responsabilidades ou de se querer ilibar delas.

#### **D) A PRESSÃO DOS DOENTES**

A decisão de referenciar um doente para outro nível de cuidados é o resultado de um complexo conjunto de factores a que frequentemente também está associado a pressão do doente ou dos seus familiares numa vontade de obter segunda opinião.

O motivo de referência deve ser sempre claro e expresso, para que se gere uma informação de retorno satisfatória e profícua. Assim, são legítimos motivos de referência, para além do envio do doente para orientação do estudo diagnóstico e tratamento, o pedido de segunda opinião, o «espaço para o médico respirar/descansar do doente», a obtenção de relatório ou parecer de especialista para efeitos burocráticos/administrativos, etc.

#### **Medidas preventivas**

Neste artigo de opinião, escrito em parceria, baseado na experiência vivida por médicos provenientes de níveis de cuidados diferentes, eventualmente gerador de reflexões, entendemos útil alinhar algumas propostas que possam

produzir resultados que melhorem a situação actual no nosso sistema de saúde.

#### **A) INFORMÁTICA**

A informatização progressiva dos registos, tanto nos Centros de Saúde como nos Hospitais, permite acreditar que, cada vez mais, é possível pedir aos profissionais que certos actos, como a referência de doentes entre Serviços, só sejam efectivados mediante o recurso a meios electrónicos. Para tal, importa que todos vejam as vantagens desse recurso (segurança na confidencialidade, clareza na escrita, rapidez da comunicação, garantia do arquivo). Nessa fase, torna-se imperioso que o uso da via electrónica seja facilitado por quadros de preenchimento intuitivo e amigável, ao mesmo tempo que estejam instalados automatismos compreensíveis de aviso de erro e bloqueios lógicos na progressão, quando esteja em falta, ainda que involuntariamente, o preenchimento de campos considerados obrigatórios.

#### **B) INCENTIVOS**

Parece evidente que, para além das novas regras em implementação nas Unidades de Saúde Familiares, em que a qualidade das listas de utentes condiciona a remuneração final, se deviam estudar os factores de incentivo resultantes da boa referência. Sendo difícil de quantificar a taxa ideal de envios – número de referências por número de utentes em lista por ano – seria útil encontrar uma fórmula que não premiasse os que se desviassem mais do que um certo valor, para mais ou para menos, da mediana ou da média da sua Unidade ou da sua Região.

#### **C) AUDITORIAS CLÍNICAS**

A qualidade das cartas de referência (assim como das de retorno) só pode ser devidamente avaliada quando se generalizar o uso de Auditorias Clínicas.

Sem um mecanismo deste tipo, que cabe no âmbito das competências das Direcções Clínicas, os indicadores quantitativos correm o risco de ter efeitos perversos. Rever processos de forma sistemática e/ou aleatória, estender essa revisão ao registos clínicos informáticos, é um passo que, necessariamente, não deixará de ser feito. Só as Auditorias Clínicas, isentas e limpas de cariz disciplinar, permitirão fazer da avaliação do desempenho uma «vacina» eficaz para grande parte das questões de erro médico e outros conflitos.

#### **D) PROTOCOLOS**

O uso de normas de orientação para referência, introduzindo critérios de prioridade e listas de verificação (*check-lists*) relativas a exames complementares, já é feito em muitos hospitais e, de novo, a introdução destas normas nos recursos informáticos apenas pode gerar bons resultados. Na elaboração de protocolos deverá sempre prever-se a sua revisão em resultado dos efeitos que o seu uso provoque. O estabelecimento de acordos de referência entre unidades de saúde (seja a nível de instituição ou de serviços), com cooperação em programas de actualização profissional, é outra forma de garantir a adequação das orientações à realidade.

#### **Apontamentos da literatura**

De uma breve pesquisa na MEDLINE, extraímos um conjunto de notas que pensamos poderem contribuir para aprofundar esta reflexão e, até, estimular o leitor a promover uma investigação clínica nesta área.

a) O papel dos médicos de família [*The role of the GP is stated as the provision of primary care, preventive care, patient-centred care, continuing care, comprehensive care, and community-based care to individuals and their families*] e o papel dos médicos de cuidados secundários, designada-

mente quando os doentes regressam, necessitam de ser constantemente salientados. Este paradigma dos cuidados de saúde ainda parece necessitar de fazer muito caminho.<sup>12</sup>

- b) O seguimento de doentes em paralelo por Médicos de Família e por Serviços Hospitalares varia muito com as especialidades. Do mesmo modo, a qualidade da informação de envio e da informação de retorno também depende muito do tipo de patologia, assim como do grau de conhecimento que os médicos têm entre si. O contacto verbal directo mostra algumas vantagens.<sup>13</sup>
- c) A implantação de práticas condicionadoras da boa referência defronta obstáculos relacionados com inércia e pode gerar frustração. Este facto é especialmente notado quando se acredita que basta «legislar» o preenchimento obrigatório de formulários.<sup>14</sup>
- d) A qualidade da referência não depende directamente, apenas, da vontade, da ética ou dos conhecimentos técnicos dos médicos de cuidados primários. A influência das características organizativas do sistema de saúde é importante e em especial os «ganhos» (forma de pagamento ou reflexos na quantidade de trabalho).<sup>15</sup>
- e) Nas queixas mais frequentes da prática clínica (ex. cefaleias), a capacidade de o médico de cuidados primários vencer o medo (do doente ou o seu), relativo à probabilidade de não diagnosticar situações de grande gravidade, necessita ser alvo de programas especiais de formação e treino, seguindo protocolos de referência.<sup>16</sup>
- f) A carta de referência ou a carta de retorno como oportunidade para transmitir ao doente informação que lhe diz respeito e provocar um diálogo esclarecedor. O desejo/direito de saber o diagnóstico e o prognóstico e o, igualmente, direito de não ser informado, não podem ser esquecidos.<sup>17</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portal oficial da Ordem dos Médicos. Disponível em: URL: <http://www.ordemdosmedicos.pt/index.php?lop=conteudo&op=577bcc914f9e55d5e4e4f82f9f00e7d4> [acedido em 08/01/2008].
2. Direcção-Geral da Saúde. Portugal Saúde - Indicadores básicos 2002. Recursos em Saúde - Recursos humanos e despesas totais e públicas em saúde. Lisboa: DGS; 2005.
3. Fleming DM. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care: Report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners; 1992.
4. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre referência em Cuidados Primários. II - Comparações internacionais. Rev Port Clin Geral 1994; 11: 115-24.
5. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre referência em Cuidados Primários. II - Dados de seguimento e informação de retorno. Rev Port Clin Geral 1994; 11: 25-8.
6. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre referência em Cuidados Primários. II - Dados de referência. Rev Port Clin Geral 1993; 10: 233-44.
7. Janeiro M. Acesso aos cuidados de saúde secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa. Rev Port Clin Geral 2001; 17: 193-207.
8. Ponte CM, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, et al. Referência aos cuidados de saúde secundários. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 555-68.
9. Miranda JA. Como melhorar a ligação médico de família-hospital? Rev Port Clin Geral 2001; 17: 189-90.
10. Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners 2002. Disponível em: URL: [http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/good\\_med\\_prac/GMP06.pdf](http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/good_med_prac/GMP06.pdf) [acedido em 08/01/2008].
11. Granja Romero E, Trinidad San José JC, González Rivero C, Del Río 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.
12. Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner-specialist relationship. Intern Med J 2005 Jul; 35 (7): 430-4.
13. Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultati-

on: an update for the 21st-century consultant. Arch Intern Med 2007 Feb 12; 167 (3): 271-5.

14. Harris M, Ferreira A, Moraes I, de Andrade F, de Souza D. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. Rev Panam Salud Publica 2007 Feb-Mar; 21 (2-3): 96-110.

15. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary care physicians speciality referral decision making: patient, physician, and health care system determinants. Med Decis Making 2006 Jan-Feb; 26 (1): 76-85.

16. Morgan M, Jenkins L, Ridsdale L. Pati-

ent pressure for referral for headache: a qualitative study of GP's referral behaviour. Br J Gen Pract 2007 Jan; 57 (534): 39-35.

17. Morrow G, Robson A, Harrington B, Haining S. A qualitative study to investigate why patients accept or decline a copy of their referral letter from their GP. Br J Gen Pract 2005 Aug;55 (517): 626-9.

---

**Endereço para correspondência**

Raquel Braga

E-mail: raquel.braga@sapo.pt

**ABSTRACT**

*Patient referral is the key for continuing care. Nevertheless, referral procedures have many omissions and there are failures either on quality or on contents of the message, as well as on its form and timing.*

*In Portugal the problem has special importance and there are some national and international studies reporting bad outcomes regarding information exchanges between primary and hospital care. Lack of co-ordination in care causes health costs, professional dissatisfaction and health damages for patients.*

*The authors raised some ethical issues about professional relationships, medical accountability, and health consequences for patients. This originates from a bad clinical practice in the referral procedures and in directing the patient throughout the health system.*

---

**Keywords:** Referral; Ethic