



Referenciação dos cuidados de saúde primários a uma unidade de psiquiatria da infância e da adolescência do Norte de Portugal: uma análise de dois anos

Marta Araújo,¹ Eva Gomes,² Marta Fernandes,² Sandra Borges,³ Sara Melo,³ Bárbara Romão,³ Graça Mendes⁴

RESUMO

Objectivos: Caracterizar as referências efectuadas pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) à consulta da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E); avaliar a comunicação entre os dois níveis de cuidados.

Tipo de Estudo: Observacional descritivo transversal.

Local: UPIA do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E.

População: A amostra incluiu todas as referências dirigidas à referida unidade provenientes dos CSP, via ALERT P1®, durante os anos de 2010 e 2011.

Métodos: Procedeu-se à análise descritiva das variáveis género, idade, motivo de referência, prioridade da referência, prioridade atribuída pelo triador, motivo de recusa/devolução do pedido, tempo de espera, comparência do utente e qualidade da carta de referência.

Resultados: A análise incluiu 980 referências (61,5% do género masculino). A faixa etária entre os 6-10 anos foi a mais referenciada (41,4%). O motivo mais referenciado foi "Sinais/sintomas do comportamento da criança" (31,9%). De todos os pedidos, 16,9% foram considerados urgentes pelo médico de família. Destes, 11,6% foram considerados prioritários pelo triador. De todas as referências, 11,3% foram recusadas/devolvidas, maioritariamente devido a informação insuficiente (36,1%). Cerca de 90% das referências consideradas prioritárias foram agendadas num prazo ≤ 60 dias e quase 100% das restantes referências foram marcadas num prazo ≤ 150 dias. Das 853 primeiras consultas marcadas, 10,5% das crianças faltaram à consulta e não pediram remarcação da mesma. Cerca de 20% das referências foram consideradas de boa qualidade e cerca de 14% de má qualidade.

Conclusões: Os resultados sugerem que a articulação e a comunicação entre o médico de família e o psiquiatra da infância e da adolescência são eficazes, embora alguns aspectos possam ser melhorados, nomeadamente a adequação das prioridades atribuídas e a qualidade da informação dos pedidos de consulta.

Palavras-chave: Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Cuidados de Saúde Primários; Referência.

INTRODUÇÃO

Embora não seja conhecida a prevalência correcta de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência, estima-se que 10 a 20% das crianças tenha um ou mais

problemas de saúde mental.¹⁻³ Entre os quadros psicopatológicos mais frequentes nestas faixas etárias destacam-se os problemas de comportamento e os problemas emocionais.⁴⁻⁷

Apesar da prevalência estimada destas patologias,



apenas uma pequena percentagem destas crianças e jovens entra em contacto com os serviços de saúde mental.⁴ Estima-se que 21% das crianças apresente uma doença mental ou aditiva e apenas 1/3 a 1/5 destas recebe tratamento adequado.^{1-2,4,8}

A maioria das situações problemáticas apresenta-se numa fase inicial aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Cabe ao Médico de Família (MF) fazer a avaliação inicial da situação clínica e decidir quanto à necessidade de referência aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS) tendo em conta as medidas já realizadas, os meios ao seu dispor e o âmbito da sua acção.⁹ Deve ainda utilizar de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados com outros profissionais e gerir a interface com outras especialidades.¹⁰

De forma a garantir a continuidade de tratamento, é necessário que os canais de comunicação entre os dois níveis assistenciais funcionem adequadamente,¹¹⁻¹⁶ o que representa uma importante expressão da qualidade da assistência prestada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS).^{9,15,17-18} e garante um trabalho integrado, mais coeso e eficiente.¹⁹ Têm sido apontados como possíveis obstáculos a uma boa comunicação a qualidade da informação contida nos documentos de referência e o tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta.^{9,11,13-15,17,20-27} A nível nacional têm sido escassos os trabalhos neste campo.

Este trabalho tem como objectivo principal caracterizar as referências efectuadas pelos CSP à consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PIA) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) durante os anos de 2010 e 2011. Como objectivo secundário propomo-nos a avaliar a qualidade da comunicação entre estes dois níveis de cuidados através da aferição da qualidade da carta de referen-

ciação, o tipo de informação de retorno por parte do médico triador para o MF e a determinação do tempo de espera pela marcação da consulta.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal que decorreu na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA) do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E entre Junho e Outubro de 2012, tendo sido obtida autorização do respectivo conselho de administração e o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

A amostra é um censo constituído por todas as referências provenientes dos CSP, via ALERT PI® (sistema electrónico de referência dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar), à consulta externa da UPIA do CHVNG/E, de 01/01/2010 a 31/12/2011. Foram excluídas as referências não provenientes dos CSP e as realizadas por outro canal de comunicação que não a plataforma electrónica ALERT PI®.

As variáveis estudadas foram o género, a idade, o motivo de referência, a prioridade da referência, a prioridade atribuída pelo triador, o motivo de recusa/devolução do pedido, o tempo de espera, a comparação do utente e a qualidade da carta de referência.

O motivo de referência foi codificado de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários, 2ª edição (ICPC-2 – *International Classification of Primary Care, 2nd edition*).²⁸ A codificação foi atribuída com base na descrição realizada pelo MF, sempre pelo mesmo elemento da equipa de investigação.

A qualidade da carta de referência foi avaliada através da análise do conteúdo desta e classificada como “Boa”, “Aceitável” ou “Má”, de acordo com as recomendações de Irazábal e Gutierrez¹⁴ modificadas de Morera et al¹² (Quadro I), previamente utilizadas em outros estudos nacionais^{9,24} e internacionais^{11-12,14,17,20} já publicados. A classificação foi atribuída apenas por um elemento da equipa de investigação.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado recorrendo a estatística descritiva, tendo como base a distribuição de frequências e as medidas de tendência central.

Grau, título(s) profissionais e/ou académicos dos autores:

¹⁻²Médica interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

³Assistente Hospitalar em Psiquiatria da Infância e da Adolescência

⁴Assistente Graduada em Psiquiatria da Infância e da Adolescência e Responsável pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)

Serviço, departamento ou instituição onde trabalham:

¹Unidade de Saúde Familiar Arco do Prado – ACeS Grande Porto VII – Gaia

²Unidade de Saúde Familiar Nova Via – ACeS Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

³⁻⁴Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E

**QUADRO I. Níveis de qualidade da referência^{12,14*}**

BOA
Identificação do utente e do médico
Idade do utente, antecedentes pessoais e familiares
Medicação habitual
Dados suficientes sobre a doença actual, exame objectivo e exames complementares
Hipótese diagnóstica, diagnóstico diferencial ou dúvidas a esclarecer
ACEITÁVEL
O motivo da referência está bem claro
Apresenta dados suficientes sobre a doença actual, mas não todos os incluídos na definição de boa qualidade
MÁ
Ilegível
Sem dados suficientes para a avaliação da doença actual
Ausência de informação

*Irazábal e Gutierrez¹⁴ modificadas de Morera et al.¹²

RESULTADOS

Durante os anos de 2010 e 2011 houve um total de 980 referências, a maioria das quais relativas a crianças do género masculino (61,5%). As crianças em idade escolar foram referenciadas com maior frequência (41,4%), tendo-se seguido os adolescentes (29,1%). O motivo mais referenciado foi “Sinais/sintomas do comportamento da criança” (P22), com 31,9% de frequência, seguido de “Perturbação hiperkinética” (P81) com 12,4%.

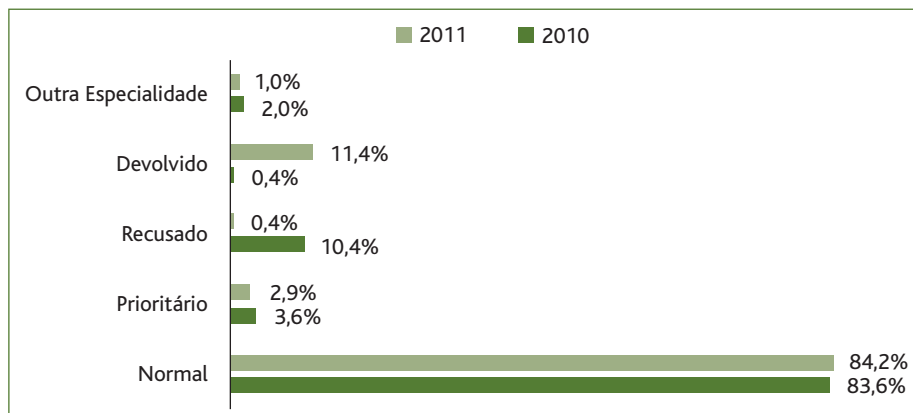


Figura 1. Distribuição dos resultados da triagem, por ano.

QUADRO II. Cruzamento da distribuição da prioridade das referências atribuídas pelo Médico de Família com a distribuição da prioridade das referências atribuída pelo médico triador

		Pedido	
		Normal n (%)	Urgente n (%)
Triagem	Normal n (%)	693 (97,9%)	129 (88,4%)
	Prioritário n (%)	15 (2,1%)	17 (11,6%)
		708 (100%)	146 (100%)

Do total de referências, 11,3% foram recusadas/devolvidas (Figura 1), maioritariamente devido a informação insuficiente (36,1%) e a ausência de critérios psicopatológicos (35,5%). De todos os pedidos, 16,9% foram considerados urgentes pelo MF. Destes apenas 11,6% foram considerados prioritários pelo triador (Quadro II). Em contraste, das referências consideradas normais pelo MF 2,1% foram consideradas prioritárias pelo triador.

A maioria das consultas prioritárias (90,6%) foi agendada num prazo ≤ 60 dias e a quase totalidade das consultas não prioritárias (99,6%) foi marcada num prazo ≤ 150 dias. Das 853 primeiras consultas marcadas, 10,5% das crianças faltaram à consulta e não pediram remarcação da mesma.

Relativamente à qualidade do conteúdo das cartas de referência, 20,4% das referências foram consideradas de boa qualidade, 13,8% de má qualidade e as restantes – a maioria, totalizando 65,9% – foram consideradas de qualidade aceitável (Figura 2).

DISCUSSÃO

Este trabalho incluiu a avaliação de um elevado número de referências, constituindo uma amostra bastante superior ao encontrado nos estudos de referência nacio-



nais e internacionais consultados.^{9,11,14-15,17,20,24-25,29} Corresponde também a uma grande área de referência (mais de 70 unidades de saúde distribuídas por quatro ACeS diferentes).

Apesar da dimensão da amostra, estes dados não estimam a prevalência de psicopatologia em idade pediátrica, nem em contexto de CSP nem em contexto hospitalar. Reflectem apenas os dados relativos aos utentes que são referenciados para os CSS pelo MF, escapando a esta análise os que são referenciados ao Serviço de Psicologia e Orientação Escolar (SPOE) ou à psicóloga do ACeS, todos os que são acompanhados exclusivamente nos CSP (a maioria),³⁰ os provenientes do serviço de urgência, os que são referenciados por outras especialidades hospitalares e por outros hospitais, pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), pelo tribunal ou serviço social.

No que diz respeito à distribuição por género, os dados evidenciam um claro predomínio do género masculino, o que está de acordo com a bibliografia consultada.^{4,29} No entanto, é importante destacar que esta comparação deve ser valorizada com cautela, uma vez que os estudos nacionais consultados se baseavam numa população ligeiramente diferente (Encarnação *et al*⁹ estudou toda a consulta de PIA e Vilela *et al*²⁹ estudou apenas a consulta de primeira infância). De salientar que esta tendência também se verifica quando se avalia a referência global em idade pediátrica⁹ (isto é, para todas as especialidades). Diversas hipóteses têm sido apontadas para justificar esta distribuição, nomeadamente uma maior vulnerabilidade genética e fragilidade biológica do género masculino, uma maior capacidade de adaptação sócio-cultural por parte do género feminino ou mesmo uma menor tolerância familiar e social aos sintomas mais disruptivos do género masculino.^{4,31-34} Foi também encontrada uma discreta tendência para o equilíbrio entre os dois géneros na fase da adolescência, também descrita na literatura.⁴

As crianças em idade escolar foram as mais referenciadas (dado concordante com a literatura nacional).⁴ Se analisarmos a distribuição etária da nossa amostra por idades isoladas verifica-se um aumento abrupto de referências a partir dos seis anos de idade (que poderá estar relacionado com a entrada no ensino básico) e um pico de frequência aos 10 e aos 12 anos. Daí

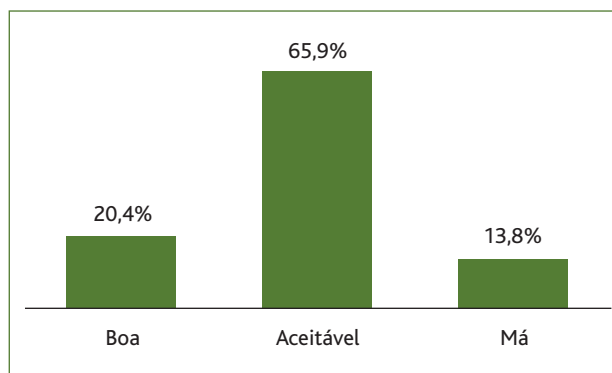


Figura 2. Distribuição da qualidade do conteúdo das cartas de referência.

surgir na literatura uma hipótese explicativa que se prende com a possibilidade destas idades constituírem um marco em que as dificuldades de aprendizagem escolar se tornam mais evidentes e que correspondem, simultaneamente, a fases críticas no percurso escolar com exigência crescente.⁴

O principal motivo de referência encontrado, à semelhança de outros estudos,^{4,30-35} está relacionado com alterações do comportamento na criança e no adolescente. Mais uma vez, a comparação com a bibliografia referida não deve ser feita directamente, uma vez que os sistemas de classificação utilizados foram diferentes (ICPC-2 no presente estudo *versus* DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition*) na literatura encontrada) e a população seleccionada também é distinta (enquanto o presente estudo incluiu apenas as referências provenientes dos CSP exclusivamente por via informática, os estudos encontrados incluíram todas as referências, nomeadamente as provenientes do serviço de urgência, os pedidos de colaboração interna por outras especialidades, as referências provenientes das escolas, CPCJ, da psicologia e de outros técnicos, do tribunal, do serviço social, de outro hospital ou pedidos por iniciativa própria). A acrescer aos factos anteriores, é ainda de salientar que os outros estudos encontrados avaliaram não só os motivos de primeiras consultas, mas também os motivos das consultas de seguimento.

O facto de mais de 85% das referências ter sido aceite após o processo de triagem pelo médico psiquiatra demonstra o grau de adequação da referencia-



ção proveniente dos CSP. Apesar disto, 11,3% das referências foram recusadas ou devolvidas. Só foi encontrado um estudo que avaliava este parâmetro e apresentou um valor bastante inferior ao encontrado – 2,1% –, tendo sido os principais motivos de recusa sobreponíveis aos encontrados neste estudo, à excepção dos recusados para avaliação psicológica no ACeS e no (SPOE), o que pode explicar em parte a discrepância dos valores.²⁴

Um dado curioso prende-se com a inversão das percentagens relativas à recusa/devolução do ano de 2010 para o ano de 2011, transmitindo a noção de que os pedidos “recusados” em 2010 se convertem em “devolvidos” em 2011. Este dado pode dever-se ao facto de o acto de devolver a referência permitir (ao contrário da decisão de recusar) a atribuição de uma justificação que é enviada ao MF (informação de retorno), o que constitui uma mais-valia na comunicação entre os dois níveis de cuidados e que permite uma atitude pedagógica que, em última análise, permitirá a melhoria da qualidade do processo de referência.

Na bibliografia consultada, apenas um estudo avaliou a percentagem de pedidos considerados urgentes pelo MF e encontrou um valor de 11,8%,²⁰ um valor bastante inferior ao encontrado neste estudo (17%). Um outro dado digno de reflexão é o cruzamento entre a prioridade assinalada pelo MF na carta de referência e a prioridade atribuída após pelo psiquiatra triador. Apenas 11,6% dos pedidos assinalados como urgentes pelo MF foram considerados prioritários pelo triador. Talvez este facto se deva a sobrevalorização por parte dos CSP; subvalorização pelos CSS; dificuldades de comunicação, como a incapacidade de transmitir a gravidade da situação clínica; ou a uma tentativa de manipulação do sistema (para que seja triada mais rapidamente e a consulta tenha um menor tempo de espera). Por outro lado, 2,1% dos pedidos assinalados como normais foram considerados prioritários após triagem. Estes poderão corresponder a situações subvalorizadas pelos CSP (o que pode estar relacionado com lacunas formativas na identificação de situações clínicas potencialmente graves na área da psicopatologia pediátrica), podem também estar associados a sobrevalorização por parte dos CSS ou, mais uma vez, a dificuldades de comunicação/interpretação da informação dada.

Quanto à análise dos motivos de recusa/devolução detectou-se, exclusivamente em 2011, a referência a devoluções cuja justificação se fazia pela necessidade de avaliação pelo SPOE ou pelo serviço de psicologia do ACeS. Este dado resulta do facto de, a partir do início de 2011, o serviço de PIA do CHVNG/E ter começado a encaminhar determinadas referências para os SPOE nos Agrupamentos Escolares, de acordo com as suas áreas de actuação (principalmente nas situações de dificuldades de aprendizagem), bem como da criação de um protocolo que define situações clínicas que devem ser avaliadas inicialmente pela psicologia e, por este motivo, estas situações também passaram a ser devolvidas para serem encaminhadas para o serviço de psicologia do ACeS. Os dados sugerem que o período de 2011 tenha correspondido a uma fase de divulgação destas orientações entre os MF, durante a qual as situações em causa continuaram a ser, inadequadamente, referenciadas à unidade de PIA.

A Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro,³⁶ regula a “Consulta a Tempo e Horas” e determina o tempo máximo recomendado para o agendamento de consultas consideradas normais (< 150 dias) e prioritárias (< 60 dias). Encarnação *et al*,⁴ o único estudo nacional encontrado que avaliou o tempo de espera para uma unidade de PIA, não definiu os seus tempos de acordo com a portaria referida mas em função da origem dos pedidos e encontrou tempos de espera médios entre a referência e a primeira consulta de 55 dias para os pedidos provenientes do Serviço de Urgência e de 151 dias para os casos sinalizados pela escola. Já Santos *et al*⁹ reportou uma percentagem de 21,5% das consultas realizadas aos 60 dias e de 71,9% aos 150 dias, mas não considerou a urgência do pedido, referindo-se à referência global em idade pediátrica. Um outro estudo nacional,¹⁵ este referente à referência global em idade adulta, encontrou um tempo de espera médio de 82,5 dias e descreveu a distribuição dos tempos de espera da seguinte forma: 25% no primeiro mês, 25% entre um e três meses e 25% após três meses. Também neste estudo não foi considerada a urgência do pedido. Em 2006, um outro estudo nacional,²⁵ também relativo à referência global, obteve uma demora média nas consultas de 58,2 dias, tendo metade dos doentes sido atendidos nos primeiros 39 dias. Tendo estes valores como referência, os nossos resultados são bastante satisfató-



rios em comparação com a bibliografia consultada.^{4,9,15,25}

Da pesquisa bibliográfica realizada não foi possível encontrar estudos que permitissem a comparação directa relativamente às faltas/desistências. No entanto, no estudo de Manuel Janeiro¹⁵ (estudo que analisou referência global) foi encontrada referência a esta variável e as faltas/desistências representavam 8% das consultas marcadas. No artigo de Ponte *et al*²⁴ (que também avalia a referência global), a percentagem de consultas não efectuadas é de cerca de 15% (9% das quais por falta e as restantes por motivos desconhecidos ou por morte). Seria interessante estudar esta população em particular e averiguar quais os motivos para o absentismo. A área de residência e a distância geográfica desta população já foi apontada como uma das causas.⁴

Não foram encontrados critérios nacionais ou internacionais validados sobre qualidade das cartas de referência. O sistema aplicado, apesar de já ter sido usado em vários estudos nacionais e internacionais publicados,^{9,11-12,14,17,20,24} está sujeito a algum grau de subjectividade, uma vez que não está sujeito a um sistema de classificação quantitativo. Os resultados obtidos no presente estudo são melhores do que os encontrados em outros estudos que utilizaram os mesmos critérios^{11,17,20,24} e em que a percentagem de cartas de boa qualidade variou entre 9,4% e 20,6% e as de má qualidade entre 20,5% e 60% (excepto quando comparado com o estudo de Irazábal¹⁴ – que utilizou uma metodologia diferente e que obteve 42,0% de cartas com boa qualidade e 5% de má qualidade – ou com o estudo Santos *et al*⁹ que teve resultados muito superiores aos da restante bibliografia – 69,6% de cartas com boa qualidade – e que se refere, ao contrário dos restantes estudos, a toda a população em idade pediátrica, mas que avalia apenas as referências de duas Unidades de Saúde Familiar). No entanto, não podemos afirmar que a qualidade das referências do nosso estudo seja superior à de outros estudos que avaliaram o mesmo parâmetro, porque é necessário ter em conta que no nosso estudo apenas foram utilizadas referências em suporte informático, o que condiciona a ausência de cartas de referência ilegíveis (que em alguns estudos mostraram ser responsáveis por cerca de 7 a 10,7% das referências),^{11,13,24} com identificação incompleta/errada ou sem referência à idade e/ou géne-

ro, falhas por vezes presentes em cartas de referência manuais. Por outro lado, este estudo tem características particulares: por se tratar de uma consulta de pedopsiquiatria deu-se muita importância à referência contexto familiar, dado que não seria tão relevante na referência a outras especialidades.

Numa análise final deste estudo destacam-se três pontos fortes: 1) a amostra é de grandes dimensões; 2) os dados foram recolhidos após a primeira consulta hospitalar, permitindo a avaliação da totalidade das referências realizadas e impedindo a perda de casos que ainda não tivessem consulta marcada; 3) tanto os MF como os psiquiatras não tinham conhecimento da intenção de avaliação das referências, não tendo havido interferência no seu comportamento de referência.

Como limitações ao estudo apontamos o facto de a codificação dos motivos de referência e da avaliação da qualidade da carta de referência ter sido atribuída apenas por uma investigadora. Optou-se por esta metodologia numa tentativa de reduzir a subjectividade. No entanto, há vários estudos em que todos os investigadores fazem a avaliação dos pedidos, havendo posteriormente lugar a uma reunião de consenso. Provavelmente teria sido uma melhor opção também para este estudo. Além disto, também a avaliação das cartas de referência foi feita apenas de forma subjectiva, não tendo sido avaliada segundo nenhuma escala de pontuação, ou seja, a avaliação foi qualitativa em vez de quantitativa, o que pode constituir uma limitação, principalmente por não ter havido a identificação isolada dos itens em falta na carta de referência, o que permitiria uma intervenção dirigida.

Apesar de termos verificado que a maior parte das cartas de referência para o serviço de PIA têm qualidade aceitável ou boa e que a maioria dos tempos de espera cumpre os tempos recomendados, há sempre margem para melhorar. A adequação das referências e a qualidade das mesmas são dois pontos que podem ser melhorados e com isto os tempos de espera também poderão ser melhorados.

A criação e a distribuição de protocolos de referência elaborados pelos serviços de PIA dos CSS com os CSP seriam, sem dúvida, uma mais-valia para melhorar a referência a essa especialidade, assim como a existência de consultorias periódicas nas unidades de saúde de cada ACeS, que também constituem uma



ferramenta eficiente para colmatar as falhas ainda existentes, uma vez que já foi provado que a realização de reuniões com discussão de casos melhora a qualidade das referências.⁹

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Professor Doutor Luís Alves pelo apoio e disponibilidade demonstrados durante a realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marques C, Torrado M, Natário A, Proença MJ, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde. Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência. Lisboa: ACSS; s.d. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/>
- Marques C, Cepêda T. Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2009. ISBN 9789899626324
- Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002.
- Encarnação R, Moura M, Gomes F, Da Silva PC. Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e adolescência: um estudo retrospectivo [Characterization of the cases referred and consulted in a child and adolescent psychiatric clinic: a retrospective study]. *Acta Med Port.* 2011;24(6):925-34. Portuguese
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15(1-2):185-7.
- Langsford S, Houghton S, Douglas G, Whiting K. Prevalence and comorbidity of child and adolescent disorders in Western Australian mainstream school students. *Psychiatry.* 2001;22(1-12).
- Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):806-14.
- U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health. Washington: National Institute of Mental Health; 1999.
- Santos MI, Coelho I, Rosário F, Machado P, Nery L, Ribeiro J, et al. Referência aos cuidados de saúde secundários em idade pediátrica [An analysis of referrals from primary care to a pediatric hospital outpatient clinic]. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27(5):422-32. Portuguese
- Jordão JG. A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [Dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1995.
- Rubio Arribas V, Rodríguez 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 [Evaluation of the quality of communication between care levels through the inter-consultation document]. *Aten Primaria.* 2000;26(10):681-4. Spanish
- Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la formación transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam.* 1995;1(3):132-40.
- Huertas Zarco I, Pereiró Berenguer J, Sanfélix Genovés J, Rodríguez Moya R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información [Improvement in quality of the interclinical referral note on account of information given]. *Aten Primaria.* 1996;17(5):317-20. Spanish
- Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? [Does the communication between primary and secondary levels function?] *Aten Primaria.* 1996;17(6):376-81. Spanish
- Janeiro M. Acesso aos cuidados de saúde secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois [Access to secondary health care services in a Serpa health centre outpost: ten years on]. *Rev Port Clin Geral.* 2001;17(3):193-207. Portuguese
- Anderson MA, Helms LB. Comparison of continuing care communication. *Image J Nurs Sch.* 1998;30(3):255-60.
- García Montesinos AM, Odriozola Aranzábal G. Evaluación de la calidad de comunicación entre Atención Primaria y Ginecología de segundo nivel. *Centro de Salud.* 2001;9(10):628-30.
- Delgado A, Melquizo M, Guerrero JC, Arboledas A, Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Primaria.* 1989;5:359-64.
- Ribeiro C, Marques C. A medicina geral e familiar e a saúde mental infantil: um encontro necessário. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25(5):567-8.
- Moreno-Martínez F, Casals-Sánchez JL, Sánchez-Rivas JM, Rivera-Irigoien R, Vázquez Sánchez MA. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre atención primaria y especializada [Referral letter: evaluation of the quality of communication between primary health care and specialist care]. *Semergen.* 2008;34(5):218-23. Spanish
- Comin E, Barrio C, Borrel F, Mellorqui C, Esteban C. Información contenida en los volantes de interconsulta en asistencia primaria. *Aten Primaria.* 1985;2(2):120.
- Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria.* 1993;11(8):48-57.
- Aranaz Andrés JM, Buil Aina JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1986;106:182-4.
- 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(5):555-68.
- Barreiro S. Referência e comunicação entre cuidados primários e secundários. *Rev Port Clin Geral.* 2005;21(6):545-53.
- 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.
- Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referência em cuidados primários. III - Comparações Internacionais. *Rev Port Clin Geral.* 1994;11:115-24.
- WONCA – Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, International Classification of Primary Care – second edition. Lisboa: ACSS-APMCG; 2011.
- Vilela L, Fernandes G, Dias G, Lima CP, Lopes R, Gesta C. Caracteriza-



- ção de uma consulta de pedopsiquiatria - primeira infância de um hospital central [Characterization of infancy and early childhood outpatient clinic in a central hospital]. *Acta Pediatr Port.* 2011;42(3):104-7. Portuguese
30. Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(6):592-8.
31. Marcelli D, Braconnier A. *Infância e psicopatologia.* Lisboa: Climepsi; 2005. ISBN 9789728449865
32. Martin A, Volkmar FR. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook.* 4th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. ISBN 9780781762144
33. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al. *Rutter's child and adolescent psychiatry.* 5th ed. Washington: Wiley Blackwell; 2008. ISBN 9781405145497
34. Ferreira T. *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância.* Lisboa: Assírio & Alvim; 2002. ISBN 9789723706994
35. Roberts S, Partridge I. Allocation of referrals within a child and adolescent mental health service. *BJ Psychiatr Bull.* 1998;22(8):487-9.
36. Portaria nº 1.529/2008, de 26 de Dezembro. *Diário da República.* 1ª série(249).
37. World Health Organization. *Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002. ISBN 9726750822
38. Heitor MJ, Bento A, Brito I, Cepeda T, Correia H. *Rede de referência de psiquiatria e saúde mental.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marta Araújo
Rua D. Soeiro Mouro, 4550-125 Castelo de Paiva
E-mail: martaaraujos@gmail.com

Recebido em 28-06-2014

Aceite para publicação em 19-12-2014

ABSTRACT

REFERRAL FROM PRIMARY CARE TO A CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY UNIT IN THE NORTH OF PORTUGAL: A 2-YEAR ANALYSIS

Objectives: To characterize the referrals from Primary Health Care (PHC) to the child and adolescent psychiatry consultation unit of the *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)* and to evaluate the communication between these two levels of care.

Study design: Cross-sectional.

Setting: Child and Adolescent Psychiatry Unit of Psychiatry and Mental Health Service of CHVNG/E.

Population: Our sample included all referrals from primary care to the referral unit, using ALERT P1®, in 2010 and 2011.

Methods: Descriptive analyses were performed regarding gender, age, reason for referral, priority of the referral, priority given by the psychiatrist, reason for refusal or return of referral, waiting time, patient attendance, and quality of the referral letter.

Results: Our analysis was based in 980 referrals (61.5% male). Patients aged 6-10 years were the most commonly referred (41.4%). The most frequent reason for referral was 'signs and symptoms of child behaviour' (31.9%). Of all referrals, 16.9% were considered urgent by the family doctor. Of these, 11.6% were considered as urgent by the psychiatrist. Of all referrals, 11.3% were refused or returned, mainly because of insufficient information (36.1%). About 90% of the referrals considered as priorities were scheduled within ≤ 60 days and almost 100% of the remaining referrals were scheduled within ≤ 150 days. Of the 853 scheduled first consultations, 10.5% of the children missed the consultation and did not ask for another appointment. About 20% of the referral letters were considered of good quality and about 14% were considered of poor quality.

Conclusions: Our results suggest that communication between family doctors and child and adolescent psychiatrists is effective. Some aspects need improvement, particularly the definition of urgency and the quality of information in the referral letters.

Keywords: Child and Adolescent Psychiatry; Primary Health Care; Referral.