



# Articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários: grau de satisfação dos médicos especialistas e internos de medicina geral e familiar

Joana Sousa,<sup>1</sup> Mariana Barreto,<sup>2</sup> Lara Cabral,<sup>1</sup> Francisca Mendes,<sup>1</sup> Anabela Balazeiro<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O médico de família é frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde, devendo avaliar a necessidade de referenciação para os cuidados de saúde secundários (CSS). O objetivo deste trabalho foi avaliar a satisfação dos médicos de medicina geral e familiar relativamente à articulação com os CSS.

**Material e Métodos:** Estudo multicêntrico, longitudinal. Participantes: médicos de MGF. Dados recolhidos através do preenchimento de questionário. As variáveis foram avaliadas numa escala de 1 a 5, por ordem crescente de satisfação e incluíram: idade, sexo, categoria profissional, área e local de trabalho, acesso e qualidade dos registos das consultas hospitalares, do serviço de urgência e carta de alta, acesso aos exames complementares dos CSS, tempos de resposta e informação de recusa de referenciações, satisfação global.

**Resultados:** Foram obtidas 228 respostas. A pontuação média das respostas variou entre 2,2 e 3,6. A satisfação da articulação na sua globalidade obteve uma média de  $2,6 \pm 0,74$ , com 50% dos profissionais a responder «razoável», existindo diferença estatisticamente significativa consoante a área de trabalho.

**Discussão:** Os resultados obtidos revelam que ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente à articulação entre os CSP e CSS.

**Conclusão:** É crucial existir uma articulação eficiente entre os CSP e CSS para garantir que os utentes têm acesso aos cuidados de que necessitam, no lugar e tempo mais adequados. O facto de se ter utilizado um questionário não validado, de a amostra ser de pequena dimensão e não existir uma representação equitativa das diferentes áreas limita a robustez das conclusões.

**Palavras-chave:** Cuidados de saúde primários; Cuidados de saúde secundários.

## INTRODUÇÃO

A integração de cuidados de saúde é atualmente uma questão central dos sistemas de saúde, de modo a garantir que os utentes têm acesso aos cuidados de que necessitam, no lugar e tempo mais adequados. Na Lei de Bases da Saúde (Base XIII, nº 2) encontra-se descrito que deve ser “promovida a intensa articulação entre os vários níveis

de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”.<sup>1</sup>

Sendo o médico de família frequentemente o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde, este assume um papel fundamental na abordagem e avaliação inicial do utente, devendo avaliar se e quando existe necessidade de referenciação para os cuidados de saúde secundários (CSS).<sup>2</sup> É, assim, crucial que exista

1. USF Briosa. Coimbra, Portugal.

2. UCSP Soure. Soure, Portugal.

3. USF Norton de Matos. Coimbra, Portugal.



uma articulação eficaz e eficiente entre os cuidados de saúde primários (CSP) e secundários.

Pode definir-se neste contexto articulação como uma “organização deliberada de atividades entre dois ou mais participantes envolvidos nos cuidados do utente de modo a facilitar uma prestação adequada dos serviços de saúde”.<sup>3</sup> Esta articulação deve incluir uma ação conjunta a nível da coordenação clínica, do planeamento, da informação, do financiamento e da gestão dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis, de modo a permitir a melhor resposta possível aos utentes e uma melhoria da acessibilidade e da qualidade geral dos cuidados prestados.<sup>4</sup>

É, assim, imprescindível abordar a importância da comunicação entre profissionais de saúde quando se fala sobre qualidade em saúde e nos cuidados prestados aos utentes. Uma ineficaz ou inexistente comunicação entre profissionais de saúde pode comprometer a continuidade da prestação dos cuidados, a segurança do utente, a utilização ineficaz de recursos, a duplicação de meios complementares de diagnóstico e a sobrecarga dos profissionais de saúde, entre outros.<sup>5-6</sup>

Algumas das soluções atualmente utilizadas são as reuniões de consultadoria ou a teleconsulta, o contacto telefónico e a comunicação através do programa de referência. Contudo, são ainda soluções que carecem de algum refinamento.<sup>7-8</sup>

Para a comunicação entre profissionais de saúde ocorrer de um modo mais eficiente são fundamentais os sistemas de informação na saúde. Os sistemas de informação na saúde permitem a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, bem como o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação. Estes sistemas desempenham um papel importante na reforma do sistema de saúde, tendo como principais objetivos a melhoria da acessibilidade, a eficiência, a qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos.<sup>9</sup>

Este trabalho tem, por conseguinte, como objetivo avaliar a satisfação dos médicos especialistas e internos de medicina geral e familiar (MGF) relativamente à articulação com os CSS.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo multicêntrico, observacio-

nal transversal, através da aplicação de um questionário.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário em plataforma digital (Googleforms®), que esteve disponível de 20 de setembro de 2019 a 20 de dezembro de 2019. A população incluiu todos os médicos especialistas e internos de MGF em Portugal, no período do estudo, com exclusão dos não assinantes do consentimento informado digital na plataforma Googleforms®, redigido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. De acordo com o BI-CSP, o número de médicos de MGF em setembro de 2019 era de 6.507,<sup>10</sup> sendo neste caso o tamanho amostral pretendido, considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, de 363 participantes.

O convite aos médicos foi realizado pessoalmente em reuniões de serviço, através de *e-mail*, tendo sido pedida a divulgação aos diferentes coordenadores de internato das diversas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Secretarias Regionais de Saúde (SRS), à Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e à USF-AN, e através da partilha do questionário nas redes sociais.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, categoria profissional (médico interno, médico recém-especialista, médico especialista), área de trabalho (ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo, ARS Algarve; SRS da Madeira e dos Açores), local de trabalho (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], Unidade de Saúde Familiar modelo A [USF-A] ou modelo B [USF-B]), classificação do acesso e qualidade dos registos das consultas hospitalares e do serviço de urgência, classificação da informação de retorno dos CSS quanto à disponibilidade e à qualidade, classificação do acesso aos resultados dos exames complementares realizados em meio hospitalar, acesso a informação de recusa de pedido a referência hospitalar e grau de satisfação global relativamente à articulação entre os CSP e CSS. Na Tabela 1 estão descritas as perguntas presentes no questionário e respetivas opções de resposta.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science*® v. 25. Ao nível da estatística descritiva, as variáveis quantitativas foram sintetizadas através da média, mediana, desvio-padrão (DP), mínimo e máximo. As variáveis

TABELA 1. Perguntas e opções de resposta presentes no questionário online

Perguntas	Opções de Resposta
Como considera o acesso aos cuidados de saúde secundários na área geográfica da sua unidade de saúde?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Como classifica o tempo de resposta das referências com prioridade normal?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Como classifica o tempo de resposta das referências com prioridade urgente?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Indique as 3 especialidades com tempo de referência mais elevado	
Como classifica o acesso aos registos das consultas hospitalares?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Como classifica a qualidade dos registos das consultas hospitalares?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Como classifica o acesso aos registos das idas ao serviço de urgência?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Como classifica a qualidade dos registos das idas ao serviço de urgência?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Considera que na consulta os colegas de especialidades hospitalares têm em conta patologias do utente que sejam do foro de outra especialidade (por exemplo: na alteração da medicação)?	Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Quase sempre (4); Sempre (5)
Quando os utentes têm alta da consulta hospitalar costuma receber carta de alta?	Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Quase sempre (4); Sempre (5)
Como classifica a qualidade da informação da carta de alta das consultas hospitalares?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Tem acesso aos resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados em meio hospitalar?	Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Quase sempre (4); Sempre (5)
Quando um pedido de referência para consulta hospitalar é recusado recebe informação de retorno a explicar o motivo?	Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Quase sempre (4); Sempre (5)
Como classifica na globalidade a sua satisfação relativamente à articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares?	Péssimo (1); Mau (2); Razoável (3); Bom (4); Muito bom (5)
Caso considere que haja problemas na articulação entre CSP e CSS, que sugestões apresentaria?	

qualitativas foram descritas através das frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%). A análise estatística inferencial foi realizada com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*. Foi considerado existir uma associação estatisticamente significativa quando  $p$  inferior a 0,05.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da ARS Centro.

## RESULTADOS

Foram obtidas 229 respostas ao questionário, não se

tendo atingido o tamanho amostral definido pelo estudo de 363 participantes. Foi excluída uma resposta pela ausência de concordância com o consentimento informado digital.

Na amostra estudada ( $n=228$ ), a média etária foi de  $35,09 \pm 9,96$  anos (mínimo: 26 anos; máximo: 68 anos) e 79,1% era do sexo feminino. Relativamente à categoria profissional, 47,8% dos respondentes eram médicos internos de MGF e 46,1% trabalhavam numa USF-B. Foram obtidas respostas das cinco ARS e das duas SRS,



sendo que a maioria das respostas foi da ARS Centro (36%).

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se descrita na Tabela 2.

Nas Tabelas 3 a 5 encontram-se descritos os principais resultados do questionário aplicado, sendo que a média de todas as respostas variou entre 2,2 e 3,6 numa escala de 1 a 5.

### Acesso aos CSS na área geográfica

Relativamente ao acesso aos CSS na área geográfica da unidade de saúde em que o respondente trabalha, 53,1% respondeu «razoável», sendo a média das respostas de  $2,88 \pm 0,86$ . Existiu uma diferença estatisticamente significativa nas respostas de acordo com o local e área de trabalho.

Os médicos que trabalham numa USF-B e na ARS Centro pontuaram em média mais alto, em comparação com os médicos que trabalham numa UCSP e na ARS Algarve.

### Referenciações

A média das respostas relativamente ao tempo de resposta de referenciações com prioridade normal foi de  $2,18 \pm 0,74$ , com 47,8% dos respondentes a classificar como «mau». Existiu uma diferença estatisticamente significativa de acordo com a área de trabalho, sendo a média das respostas mais elevadas na ARS Centro e mais baixa na ARS Alentejo.

Nas referenciações de prioridade urgente 38,2% respondeu «razoável», sendo a média de  $2,94 \pm 0,9$ , com diferença estatisticamente significativa de acordo com categoria profissional, local e área de trabalho. As médias das respostas foram superiores para os médicos recém-especialistas, para os que trabalham em USF-B e para quem trabalha na ARS Centro, sendo inferiores para as respostas dos médicos especialistas, quem trabalha numa UCSP e na ARS Alentejo.

A nível nacional, as especialidades com tempo de resposta mais elevado às referenciações foram a oftalmologia, a ortopedia e a dermatologia. Na Figura 1 pode-se verificar quais as especialidades com tempo de referenciação mais elevados por área de trabalho.

### Registos das consultas dos CSS

Em relação ao acesso dos registos das consultas, a maioria dos médicos considera o acesso como «razoável»

TABELA 2. Características demográficas da amostra		
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	47	20,6
Feminino	181	79,4
<b>Categoria profissional</b>		
Médico Interno de MGF	109	47,8
Médico Recém-especialista de MGF	25	11
Médico Especialista de MGF	94	41,2
<b>Área de trabalho</b>		
ARS Norte	45	19,7
ARS Centro	82	36
ARS Lisboa e Vale do Tejo	54	23,7
ARS Alentejo	12	5,3
ARS Algarve	14	6,1
SRS Açores	15	6,6
SRS Madeira	6	2,6
<b>Local de trabalho</b>		
UCSP	53	23,2
USF modelo A	70	30,7
USF modelo B	105	46,1

Legenda: MGF = Medicina geral e familiar; ARS = Administração Regional de Saúde; SRS = Serviço Regional de Saúde; UCSP = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF = Unidade de Saúde Familiar.

vel» (média  $2,64 \pm 1,2$ ; moda 3), existindo uma diferença estatisticamente significativa nas respostas consoante a área de trabalho, com médias superiores para as respostas dos médicos que trabalham na SRS Madeira e inferiores para os da SRS Açores.

Na qualidade dos registos das consultas, a média das respostas foi  $2,9 \pm 0,91$ , sendo que 41,2% dos médicos a classificou como «razoável». Não existiu diferença significativa das respostas de acordo com categoria profissional, área e local de trabalho.

### Registo das idas ao serviço de urgência

A nível do acesso aos registos das idas ao serviço de urgência, a maioria dos profissionais (30,3%) classifica como «péssimo», sendo a média das respostas  $2,57 \pm 1,25$ . Existe uma diferença estatisticamente significativa nas respostas de acordo com área e local de

TABELA 3. Resumo dos principais resultados

	Média±DP	Mínimo	Máximo	Moda (%)
Acesso aos CSS na área geográfica	2,88±0,86	1	5	3 (53,1)
Tempo de resposta referências prioridade normal	2,18±0,74	1	4	2 (47,8)
Tempo de resposta referência prioridade urgente	2,94±0,9	1	5	3 (38,2)
Acesso ao registo das consultas	2,64±1,2	1	5	3 (28,1)
Perceção da qualidade do registo das consultas dos cuidados de saúde secundários	2,9±0,91	1	5	3 (41,2)
Acesso ao registo das idas ao SU	2,57±1,25	1	5	1 (30,3)
Perceção da qualidade do registo das idas ao SU	2,69±1,11	1	5	3 (28,9)
Médicos CSS têm em conta todas as patologias dos utentes	2,86±0,84	1	5	3 (46,5)
Acesso a Carta de alta hospitalar	3,25±0,83	1	5	3 (40,4)
Qualidade carta de alta hospitalar	3,57±0,68	1	5	4 (51,3)
Acesso aos MCDT	2,71±1,03	1	5	3 (32,9)
Informação da recusa de referência a consulta	3,33±0,99	1	5	3 (35,5)
Global	2,6±0,74	1	4	3 (50)

Legenda: DP = desvio-padrão; SU = Serviço de urgência; MCDT = Exames complementares de diagnóstico.

TABELA 4. Resumo dos principais resultados por categoria profissional

	Média±DP			P
	Interno	Recém-Especialista	Especialista	
Acesso aos CSS na área geográfica	3,05±0,82	2,92±0,76	2,67±0,89	0,251
Tempo de resposta referências prioridade normal	2,26±0,75	2,2±0,58	2,1±0,76	0,446
Tempo de resposta referência prioridade urgente	3,12±0,85	3,16±0,9	2,68±0,9	0,025
Acesso ao registo das consultas	2,48±1,32	2,72±1,17	2,82±1,02	0,838
Perceção da qualidade do registo das consultas dos cuidados de saúde secundários	2,83±0,98	3,16±0,9	2,91±0,82	0,21
Acesso ao registo das idas ao SU	2,5±1,35	2,68±1,38	2,63±1,1	0,732
Qualidade do registo das idas ao SU	2,83±1,15	2,96±1,14	2,37±1,01	0,054
Médicos CSS têm em conta todas as patologias dos utentes	2,9±0,78	2,96±0,89	2,79±0,89	0,442
Acesso a carta de alta hospitalar	3,24±0,82	3,32±0,85	3,23±0,86	0,611
Qualidade carta de alta hospitalar	3,59±0,67	3,88±0,67	3,46±0,68	0,012
Acesso aos MCDT	2,69±1,03	2,48±1,01	2,81±1,05	0,164
Informação da recusa de referência a consulta	3,38±0,99	3,28±0,94	3,3±1	0,835
Global	2,69±0,72	2,64±0,64	2,49±0,77	0,541

Legenda: ARS = Administração Regional de Saúde; SRS = Serviço Regional de Saúde; DP = desvio-padrão; SU = serviço de urgência; MCDT = Exames complementares de diagnóstico.



TABELA 5. Resumo dos principais resultados por área de trabalho

	Área de Trabalho (Média±DP)							p
	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	SRS Açores	SRS Madeira	
Acesso aos CSS na área geográfica	2,98±0,97	3,26±0,68	2,69±0,8	2,42±0,9	1,71±0,61	2,8±0,41	2,5±0,55	< 0,001
Tempo de resposta referências prioridade normal	2±0,67	2,48±0,65	2,19±0,75	1,92±0,99	1,5±0,65	2,13±0,52	1,67±0,52	< 0,001
Tempo de resposta referência prioridade urgente	2,8±0,76	3,23±0,82	2,91±0,94	3±1,28	2,21±0,7	2,67±0,9	2,67±0,82	0,002
Acesso ao registo das consultas	3,22±0,97	2,27±1,11	3±1	1,58±1,08	3±0,78	1,4±0,83	4,67±0,52	< 0,001
Perceção da qualidade do registo das consultas dos cuidados de saúde secundários	3,16±0,71	2,87±0,99	2,93±0,82	2,08±1,17	3±0,68	2,87±1,1	2,67±0,82	0,108
Acesso ao registo das idas ao SU	3,31±0,9	2,61±1,22	2,37±1,23	1,67±1,07	2±1,04	1,33±0,61	4,5±0,55	< 0,001
Perceção da qualidade do registo das idas ao SU	3±0,95	3,02±0,99	2,31±1,01	2,25±1,14	1,21±0,43	2,53±1,25	4±0,63	< 0,001
Médicos CSS têm em conta todas as patologias dos utentes	2,76±0,86	2,98±0,82	2,8±0,88	2,58±0,9	3±0,78	2,87±0,83	2,83±0,75	0,662
Carta de alta hospitalar	3,4±0,84	3,54±0,74	3,04±0,82	3,08±0,52	2,93±1	2,93±0,59	1,83±0,41	< 0,001
Qualidade carta de alta hospitalar	3,44±0,62	3,72±0,63	3,48±0,67	3,5±0,67	3,43±0,76	3,73±0,88	3,17±0,98	0,233
Acesso aos MCDT	3,36±0,998	2,37±0,92	2,8±0,92	2,42±1,5	2,29±0,83	2,27±0,7	4,67±0,52	< 0,001
Informação da recusa de referência a consulta	3,42±0,99	3,3±0,97	3,43±0,86	3,25±0,97	3±1,3	3±1,2	4±0,89	0,509
Global	2,62±0,72	2,76±0,58	2,7±0,74	2,42±0,9	1,64±0,63	2,33±0,82	2,67±0,82	< 0,001

Legenda: ARS = Administração Regional de Saúde; LVL = Lisboa e Vale do Tejo; SRS = Serviço Regional de Saúde; DP = desvio-padrão; SU = Serviço de urgência; MCDT = Exames complementares de diagnóstico.

trabalho, com valores mais elevados para os médicos que trabalham numa USF-A e na SRS Madeira e mais baixos para quem trabalha numa UCSP e na SRS Açores.

A qualidade dos registos é classificada por 28,9% dos médicos como «razoável», com uma média de classificação de 2,69±1,11, existindo diferença significativa na classificação de acordo com a área de trabalho. As mé-

dias das respostas foram superiores para quem trabalha na SRS Madeira e inferiores para os médicos da ARS Algarve.

#### Consideração pelas patologias dos utentes

Quando questionados sobre se os médicos dos CSS têm em conta as patologias dos utentes (nomeada-

TABELA 6. Resumo dos principais resultados por local de trabalho

	Média±DP			P
	UCSP	USF-A	USF-B	
Acesso aos CSS na área geográfica	2,53±0,72	2,96±0,89	3±0,86	0,003
Tempo de resposta referências prioridade normal	2,02±0,67	2,14±0,82	2,29±0,7	0,088
Tempo de resposta referência prioridade urgente	2,68±0,87	2,96±0,86	3,07±0,91	0,041
Acesso ao registo das consultas	2,49±1,3	2,76±1,2	2,65±1,14	0,421
Perceção da qualidade do registo das consultas dos cuidados de saúde secundários	2,96±0,83	2,91±0,97	2,86±0,91	0,773
Acesso ao registo das idas ao SU	2,21±1,39	2,73±1,19	2,65±1,19	0,048
Perceção da qualidade do registo das idas ao SU	2,64±1,16	2,76±1,14	2,68±1,07	0,84
Médicos CSS têm em conta todas as patologias dos utentes	2,96±0,81	2,79±0,83	2,86±0,86	0,364
Carta de alta hospitalar	3±0,9	3,3±0,79	3,33±0,82	0,085
Qualidade carta de alta hospitalar	3,6±0,86	3,57±0,69	3,54±0,57	0,602
Acesso aos MCDT	2,6±1,12	2,61±1,04	2,84±0,98	0,16
Informação da recusa de referência a consulta	3,4±1,08	3,23±0,98	3,37±0,94	0,409
Global	2,42±0,8	2,67±0,72	2,65±0,71	0,102

Legenda: UCSP = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF-A = Unidade de Saúde Familiar modelo A; USF-B = Unidade de Saúde Familiar modelo B; SU = Serviço de urgência; MCDT = Exames complementares de diagnóstico.

mente as que são do foro de uma diferente especialidade), a média das respostas foi de 2,86±0,84, com 46,5% dos respondentes a classificar a questão com «às vezes», não existindo uma diferença estatisticamente significativa nas respostas.

### Carta de alta das consultas hospitalares

Em relação ao acesso a carta de alta das consultas hospitalares, a média das respostas foi de 3,25±0,83, com 40,4% a referir que tem acesso às cartas de alta hospitalares «às vezes». Existiu uma diferença estatisticamente significativa nas respostas de acordo com a área de trabalho, sendo a média das respostas mais elevada na ARS Centro e mais baixa na SRS Madeira.

A nível da qualidade das cartas de alta, 51,3% dos respondentes classificou como «bom», sendo a média das respostas de 3,57±0,68. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa nas respostas de acordo com a categoria profissional, sendo a média das respostas dos médicos recém-especialistas superior e a dos médicos especialistas inferior.

### Exames complementares de diagnóstico realizados nos CSS

Quando questionados sobre o acesso aos exames realizados nos CSS, a maioria responde que tem acesso «às vezes» (média 2,71±1,03), com uma diferença estatisticamente significativa nas respostas pela área de trabalho. As médias das respostas foram superiores para os médicos da SRS Madeira e inferiores nos médicos da SRS Açores.

### Informação de recusa da referência

Em relação ao acesso a informação relativa à recusa de uma referência aos CSS, 35,5% dos médicos respondeu que recebia informação «às vezes» (3,33±0,99), não existindo diferenças estatisticamente significativas nas respostas.

### Classificação global

Na questão em que era pedido para classificar na globalidade a satisfação relativamente à articulação entre os CSP e CSS, 50% dos profissionais respondeu



«razoável» (média  $2,6\pm 0,74$ ), sendo que não existiu nenhuma classificação de «muito bom». Existiu uma diferença estatisticamente significativa nos resultados de acordo com a área de trabalho. As respostas da ARS Centro tiveram uma média mais elevada e as da ARS Algarve uma média mais baixa.

## DISCUSSÃO

Este trabalho teve como principal objetivo avaliar o grau de satisfação dos médicos de MGF relativamente à articulação entre os CSP e os CSS.

Os resultados obtidos neste trabalho revelam que ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente à articulação entre os CSP e os CSS, dado que todas as respostas tiveram uma média entre 2,2 e 3,6. A maioria das respostas apresentou diferenças estatisticamente significativas quando comparadas por área de trabalho, verificando-se menos esta diferença quando comparadas por categoria profissional ou local de trabalho.

Relativamente ao acesso aos CSS existe disparidade de acordo com a área de trabalho. Contudo, no presente estudo não foi avaliada a assimetria existente dentro de cada ARS/SRS, nomeadamente a possibilidade de diferenças de acesso entre unidades de saúde de áreas rurais em comparação com as unidades de áreas urbanas.

Atualmente existem diversos sistemas de informação na área da saúde em Portugal, quer nos CSP quer nos CSS.<sup>11</sup> Como se pode verificar neste estudo, a maioria dos médicos de MGF não tem acesso aos registos e exames complementares de diagnóstico realizados a nível hospitalar (médias de  $2,64\pm 1,2$ ,  $2,57\pm 1,25$  e  $2,71\pm 1,03$  para o acesso aos registos das consultas, ida ao SU e MCDT, respetivamente). Um dos fatores que podem ter impacto nesta variável é a interoperabilidade, fundamental para permitir a integração entre os diferentes sistemas operativos.<sup>3,12-13</sup>

No entanto, também é fundamental que os profissionais que utilizam os sistemas de informação os usem de modo eficaz. A maioria dos participantes classifica a qualidade da informação registada como «razoável» (médias de  $2,9\pm 0,91$  e  $2,69\pm 1,11$  para a qualidade dos registos das consultas e das idas ao SU, respetivamente). Seria importante a realização de estudos para compreender o motivo do não registo ou de registos de bai-

xa qualidade quando existem sistemas informáticos disponíveis. Para além disso, é importante investir na formação dos profissionais de saúde ao nível da utilização dos sistemas de informação, de modo que sejam utilizados do modo mais correto e eficiente, bem como na adaptação dos sistemas existentes para que a sua utilização seja mais simplificada e acessível.

Ao nível das referenciações, o tempo de resposta às referenciações com prioridade normal e urgente teve uma média inferior a 3, embora mais elevada para as referenciações urgentes ( $2,18\pm 0,74$  e  $2,94\pm 0,9$ , respetivamente). De acordo com a Portaria n.º 153/2017, que define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde, o tempo para uma primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas unidades funcionais do ACEs é de 120, 60 ou 30 dias após a realização do pedido, se prioridade for normal, prioritária ou muito prioritária, respetivamente.<sup>14</sup> Em dezembro de 2019, a percentagem de primeiras consultas hospitalares realizadas em tempo adequado variava entre 48 e 99,6%, de acordo com o hospital avaliado.<sup>9</sup> Como nos resultados obtidos no presente questionário constata-se uma grande variabilidade dos tempos de resposta às referenciações hospitalares, sendo que neste estudo se observou uma diferença estatisticamente significativa nas respostas por área de trabalho. Deste modo, era importante efetuar uma avaliação interna em cada ARS/SRS, de modo a perceber quais as especialidades com maiores tempos de resposta às referenciações e que medidas se poderiam implementar para otimizar estes tempos.

Seria também interessante a realização de um estudo complementar para avaliar o grau de satisfação dos médicos dos CSS relativamente à articulação com os CSP, para se compreender, por exemplo, se estes tempos elevados se devem a problemas ao nível da resposta dos CSS ou ao nível dos motivos de referenciação por parte dos CSP. Também necessário é o aumento do número e qualidade de informação de retorno dos CSS à recusa das referenciações e, por exemplo, a partilha de uma forma pedagógica dos motivos mais frequentes de referenciação de modo a aumentar a qualidade das referenciações realizadas pelos CSP. Esta partilha pode também permitir a perceção de necessidades formativas ou de recursos que assegurem a orientação de alguns dos casos referenciados a partir dos CSP. Uma



outra forma de redução do número de referências seria a existência de consultores ao nível dos CSS nas diversas especialidades, permitindo o esclarecimento de dúvidas na orientação ou na necessidade de referência do utente.

Comparando os resultados obtidos com outros trabalhos realizados na mesma área em Portugal, em 2001 foi publicado um artigo na *Revista Portuguesa de Clínica Geral* sobre o acesso aos CSS.<sup>15</sup> Os autores constataram a existência de problemas de acessibilidade e baixa percentagem de resposta de retorno dos CSS. Em 2005 e em 2006 foram publicados dois estudos na mesma revista relativamente à referência para os CSS,<sup>7,16</sup> tendo-se verificado a existência de algumas falhas na articulação entre os dois níveis de cuidados, com necessidade de melhoria das cartas de referência e de retorno, bem como dos tempos de resposta às referências.

Em 2019 foi publicado um artigo sobre a opinião médica relativamente à articulação entre CSP e CSS no sistema de saúde catalão.<sup>17</sup> Os autores deste estudo concluíram que os médicos consideravam existir globalmente uma boa articulação entre os dois níveis de cuidados nas três áreas avaliadas (fatores organizacionais, fatores profissionais e fatores que influenciem a coordenação clínica). Contudo, também foram identificados alguns obstáculos, sendo o mais relevante a falta de coordenação clínica entre os diferentes níveis de cuidados.

Uma das limitações do presente estudo foi a utilização de um questionário que não está validado, o que limita as conclusões do trabalho e a comparação com outros realizados na mesma área. Outra limitação foi o número total da amostra, dado não se ter atingido o valor do tamanho amostral calculado, e a sua distribuição pelas diferentes ARS e SRS, sendo que as frequências relativas de participantes de cada ARS e SRS variaram entre 2,6% e 36%. Era, assim, importante a realização do estudo com uma amostragem maior e mais equitativa distribuída pelas sete áreas.

Como é possível constatar através dos resultados obtidos, a articulação entre os CSP e secundários tem ainda potencial de melhoramento, sendo fundamental a realização de investigação nesta área, de modo a perceber quais as mudanças necessárias para melhorar a articulação entre os CSP e os CSS. A otimização da

articulação entre estes dois níveis de cuidados de saúde permitiria um melhor seguimento partilhado e uma melhor continuidade dos cuidados ao doente no sistema de saúde, o que aumentaria a efetividade dos cuidados.<sup>8</sup> É um processo que se deve enquadrar numa estratégia centrada no doente e não nas instituições, conduzindo a uma utilização mais racional dos recursos existentes e, conseqüentemente, com redução de custos associados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República. 1ª Série(169).
2. WONCA. A definição Europeia de medicina geral e familiar: clínica geral/medicina familiar [Internet]. WONCA; 2002. Available from: <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
3. La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):149.
4. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQiP). *BMJ Qual Saf.* 2001;10(1):33-9.
5. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios [Communication in health care and patient safety: problems and challenges]. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;28(10):47-57. Portuguese
6. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1257-67.
7. Barreiro S. Referência e comunicação entre cuidados primários e secundários [Referral and communication between primary and secondary care]. *Rev Port Clin Geral.* 2005;21(5):545-53. Portuguese
8. Lopes H, Carlos JS, Rodrigues M, Mestre R, Santana R, Matias T, et al. Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2014. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>
9. Serviço Nacional de Saúde. Benchmarking hospitals: acesso [homepage]. Available from: [https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH\\_AcessoDashboard](https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_AcessoDashboard)
10. Serviço Nacional de Saúde. Contratualização: IDG [homepage]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
11. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Sobre os sistemas de informação [homepage]. Available from: <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
12. Cardoso L, Marins F, Portela F, Santos M, Abelha A, Machado J. The next



- generation of interoperability agents in healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(5):5349-71.
13. Samal L, Dykes PC, Greenberg JO, Hasan O, Venkatesh AK, Volk LA, et al. Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:143.
  14. Portaria n.o 153/2017, de 4 de maio. *Diário da República*. 1ª Série(86).
  15. Janeiro M. Acesso aos cuidados secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois [Access to secondary care from Serpa Health Centre]. *Rev Port Clin Geral*. 2001;17(3):193-207. Portuguese
  16. Ponte CM, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, et al. Referenciação aos cuidados de saúde secundários [Referral to secondary care]. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22(5):555-68. Portuguese
  17. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Doc-

tors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gac Sanit*. 2019;33(1):66-73.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Joana Sousa

E-mail: joanamrsousa.20@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2196-068X>

Recebido em 26-12-2020

Aceite para publicação em 29-06-2021

---

## ABSTRACT

### ARTICULATION BETWEEN PRIMARY AND SECONDARY HEALTH CARE: DEGREE OF SATISFACTION OF SPECIALISTS AND INTERNS OF FAMILY MEDICINE

**Introduction:** The family doctor is often the first contact with the health system and must assess the need for referral to secondary health care (SHC). The objective of this study was to evaluate the satisfaction of general practitioners regarding the articulation with SHC.

**Material and Methods:** Multicenter, longitudinal study. Participants: general practitioners. Data was collected by completing a questionnaire. The variables were evaluated on a scale of 1 to 5, in ascending order of satisfaction, and included: age, sex, professional category, area and place of work, access and quality of the records of hospital consultations, the emergency service, and discharge letter, access to SHC exams, response times and refusal information to referrals, overall satisfaction.

**Results:** Two hundred and twenty-eight responses were obtained. The average score of responses ranged from 2.2 to 3.6. Overall satisfaction of the joint averaged  $2.6 \pm 0.74$ , with 50% of professionals responding 'reasonable', with a statistically significant difference according to the area of work.

**Discussion:** The results obtained reveal that there is room for improvement in relation to the articulation between primary and secondary care.

**Conclusion:** It is crucial to have an efficient articulation between primary and secondary care, to ensure that users have access to the care they need, in the most appropriate place and time. The use of a non-validated questionnaire was used, the small size of the sample, and the fact that did not exist equal representation of the different areas, limits the robustness of the conclusions.

**Keywords:** Primary care; Secondary care.