

Interligação e partilha de cuidados: metas a atingir

RICARDINA BARROSO

Partindo do conhecimento empírico de que uma grande parte dos doentes referenciados à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras tinha um diagnóstico de *depressão*, Inês Madeira apresenta-nos um estudo sobre aspectos da referência destes doentes¹.

Os resultados, válidos apenas para a realidade deste centro de saúde, suscitam-nos algumas questões e reflexões, já que está hoje na ordem do dia a questão da acessibilidade aos serviços e recursos de saúde e a questão da interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários.

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde secundários definem-se critérios e normas mais ou menos rígidas (leia-se administrativas), discutem-se *ratios*, reclama-se contra os longos tempos de espera e questiona-se a inexistência de informação clínica, quer na referência, quer no retorno. Se caso a caso todos podemos ter razão, na análise global, somatório e média de todos os casos, as tendências que se desenham não parecem favorecer ninguém. Poucos estudos têm sido realizados entre nós, mas os números avançados pelas administrações de saúde, pelo menos em termos de tempos de espera, não oferecem dúvidas.

O Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários, publicado em 93/94^{2,3,4}, mostrou que, em Portugal, «a resposta das especialidades

hospitalares, quer em termos de consulta, quer em termos de prestação de cuidados cirúrgicos, foi a mais demorada dos países participantes» e ainda que «a comunicação dos especialistas hospitalares para os médicos de família foi, de longe, a pior entre os países que participaram no estudo»⁴.

O artigo hoje publicado «Referenciação por Depressão à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras», indicia que a informação obtida há 8 anos atrás se mantem em níveis semelhantes: a espera média de consultas hospitalares era de 28,5 dias em Portugal, contra 18,2 dias em média no conjunto dos países participantes no estudo europeu e foi de 39,6 dias no estudo presente. Claro que deste último, dada a sua dimensão e desenho, não é possível extrapolar dados, mas ficam algumas interrogações.

Como pode o tempo de espera de uma consulta de Saúde Mental ser tão elevado? Mesmo sabendo que existe um procedimento de detecção e controlo das situações potencialmente muito graves e que para esses casos é encontrada uma resposta rápida, o que dizer dos outros casos? Apesar de tudo 19 correspondiam a situações que cabiam nos critérios de referência definidos pelo grupo. Apenas 8 tinham sido referenciados por outro motivo e 21 não apresentavam motivo. *Não apresentavam*, o que não significa que não existisse ou não pudesse até ser mais grave que qualquer um dos outros. Ainda assim não é possível esquecer que todos estes doentes tinham um diagnóstico, ao menos suspeito, de depressão e depressão suficientemente grave para motivar um pedido de intervenção de um

Assistente Graduada de Clínica Geral
C.S. do Lumiar
Directora do ICCGZS

profissional médico mais diferenciado na sua abordagem.

A decisão médica em cada consulta, analisados e priorizados os problemas, à luz do conhecimento médico e das expectativas e receios do paciente, engloba, algumas vezes, a referenciação a outra especialidade. O objectivo é geralmente o de confirmar um diagnóstico, pedir orientação diagnóstica e/ou terapêutica, solicitar cuidados não exequíveis em cuidados de saúde primários, mas algumas vezes também confirmar um diagnóstico. Olhado deste ponto de vista, o acto de referenciar engloba duas componentes essenciais e complementares: dar resposta a uma necessidade de saúde de um paciente e contribuir para a formação do médico que referencia. Este último aspecto nem sempre se coaduna com critérios rígidos (normas de referenciação). A sua não aceitação como motivo de envio a uma consulta (quase sempre hospitalar) não irá contribuir para a diminuição das consultas hospitalares e consequentemente do tempo de espera médio, e não permite a sua utilização como uma das estratégias importantes de aprendizagem – aprender pela resolução de problemas. A consciencialização por parte dos intervenientes médicos (o que referencia e o que recebe em referência) da importância deste acto, suportado em informação clara, correcta, exhaustiva e esclarecedora, pode significar o começo da mudança de que nos falava Vasco Maria, referindo-se aos cuidados partilhados e à necessidade da sua implementação como forma de melhorar a prestação de cuidados médicos⁵.

Ficamos sem saber se no caso do estudo em causa a não prescrição de antidepressivos e a opção aparentemente incorrecta de ansiolítico em exclusivo, se devem a erro ou falta de conhecimento científico. A intervenção de quem dirige e pretende corrigir o erro ou colmatar a falha de conhecimento, pode

ser a de decidir uma qualquer sessão clínica sobre Terapêutica Farmacológica da Depressão. Mas outra opção possível é a de fomentar o envio de resposta de retorno detalhada e fundamentada, em cada caso.

A existência de uma consulta de referenciação a funcionar dentro do próprio centro de saúde não é inédita e, dada a situação de proximidade, parece à partida reunir uma condição importante para que os cuidados sejam de facto articulados e partilhados. Será assim? Foram os critérios de referenciação discutidos entre os dois grupos de médicos? Foram obtidos por consenso? Havia algum conhecimento prévio sobre problemas detectados na referenciação destes doentes? Defrontavam-se os médicos de família com dificuldades no manejo destes doentes? Não temos resposta a estas perguntas, mas os resultados obtidos não mostram que exista verdadeira corresponsabilidade nos cuidados prestados a este grupo de doentes.

A utilização de uma codificação tem por base a necessidade de descrever de forma sistemática, isto é, de uniformizar o diagnóstico, segundo critérios claros e explícitos, passíveis de repetição em qualquer lugar e independentes dos contextos de exercício. As categorias diagnósticas assim obtidas permitem classificar as diferentes situações clínicas e os diferentes problemas, possibilitando as descrições estatísticas, de que necessitamos, quaisquer que sejam os nossos objectivos (clínicos, educacionais ou de investigação).

A resposta a esta necessidade de classificar/codificar tem evoluído ao longo dos anos, na procura de um sistema coerente, que responda quer às modificações de conceitos e explicações etiológicas, quer à totalidade das situações, problemas ou distúrbios que se nos apresentam. Com a ressalva de que «há muito de *físico* nas perturbações mentais e muito de *mental* nas pertur-

bações físicas»⁶ e de que qualquer classificação é sempre redutora face a cada caso, foi publicada em 1994 a primeira edição do DSM-IV, resultante de uma extensa e sistemática revisão do DSM-III-R. Na sua introdução pode ler-se que «o DSM-IV é uma classificação das perturbações mentais que foi desenvolvida para utilização com fins clínicos, educacionais e de investigação». Decorridos sete anos da sua publicação e cinco da sua edição em português, estranha-se que ainda seja usada a classificação anterior, datada de 1987. Se uma das finalidades de classificar é poder comparar, como entender esta escolha? Que razões podem estar na base de tal opção? Razões de rigor clínico ou científico não certamente.

A pertinência e oportunidade de qualquer trabalho de investigação podem ser avaliadas pelas suas consequências. Não sabemos o que irá resultar deste trabalho após a sua publicação, mas ao menos para os profissionais cuja prática médica é aqui de alguma forma analisada, algumas questões não podem deixar de ser colocadas:

- Como foram divulgados e aceites pelos dois grupos profissionais estes resultados?

- O que foi preconizado para alterar o tempo de espera, inaceitável em qualquer sistema de saúde?

- Como encaram os dois grupos profissionais as referências que não se enquadram nos critérios previamente definidos? Pensam propor a alteração dos critérios? Ou aceitam aqueles casos considerados «com referência desadequada» como efectivamente sem motivo para referência?

- O que entendem os profissionais envolvidos por articulação de cuidados?

- Como encaram o uso de classificação completamente desactualizada?

A realidade que parece existir por detrás destes resultados é inaceitável. E há indícios de que assim é, em outros lugares e contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madeira I. Referência por Depressão à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 101-8
2. Sá A B, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários I – Dados de referência. *Rev Port Clin Geral* 1993; 10: 238-244.
3. Sá A B, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários II – Dados de Seguimento e informação de retorno. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 25-28.
4. Sá A B, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários III – Comparações Internacionais. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 115-124.
5. Maria V. Cuidados comunitários e cuidados hospitalares: centrados nas instituições ou no doente. *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 479-484.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição. Lisboa: Climepsi editores, 1996.