

Como melhorar a ligação Médico de Família/Hospital?

JOSÉ ANTÓNIO MIRANDA

Entre outros critérios indicados pelo *Royal College of General Practitioners* (RCGP) para a definição de padrões de qualidade da prática clínica da nossa especialidade no Reino Unido, encontram-se, no que diz respeito a taxas de referência, a demonstração de que as referências para outros níveis de prestação de cuidados são acompanhadas por toda a informação necessária ao especialista hospitalar para fazer uma avaliação apropriada e eficiente do problema do paciente¹. Também no respeitante à continuidade de cuidados, um dos critérios considerados necessários pelo RCGP para a revalidação da certificação dos médicos de família ingleses como tendo uma boa prática clínica (*Good Medical Practice*) é a demonstração da existência de uma política de encorajamento da continuidade de cuidados, nomeadamente pela verificação de que existe um sistema de transferência e de tratamento da informação proveniente de outros médicos acerca dos seus pacientes².

Em contraponto a este quadro, o estudo de M. Janeiro que se publica neste número³ revela uma realidade assustadora: numa prática clínica rural alentejana apenas 27% dos doentes referenciados para os cuidados de saúde secundários trouxeram para o seu médico de família informação de retorno e, ainda mais assustador, em 24% das referências efectuadas não foi possível marcar consulta hospitalar.

Para compreender este facto importa antes de mais considerar que este estudo,

por ter como ponto de partida para a observação do fenómeno a consulta do médico de família, revela naturalmente resultados menos favoráveis para o lado hospitalar. Este constrangimento metodológico pode ser indirectamente comprovado quando se comparam os 27% de informação de retorno com os 90% apurados num estudo em que o fenómeno é observado do lado do especialista hospitalar⁴, pese embora o facto de se tratar de informação pós-internamento, naturalmente também por isso enviesada.

Mas o insólito deste resultado acentua-se quando se verifica que na mesma prática rural alentejana a informação hospitalar de retorno em 1988 existia em 41% das referências⁵, valor ainda assim inferior aos encontrados no estudo europeu de referência⁶ no qual, como se salienta no estudo que agora publicamos, já era patente ser o nosso país aquele onde era pior a comunicação dos especialistas hospitalares para os médicos de família.

Neste contexto, poderá parecer surrealista para os pacientes portugueses a leitura das recomendações do RCGP que se referem acima, ou o conhecimento de que há mais de uma década existe publicada vasta bibliografia acerca da escolha da metodologia ou do formato que melhor servirão aquelas preocupações de qualidade no processo de transferência e circulação da informação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde⁷⁻¹⁰.

Mais interessante porém do que o eventual espanto do paciente, e seguramente mais importante para ele e para os profissionais envolvidos, é o conhecimento de que o tempo médio de espera para aceder a uma consulta hospitalar foi no estudo

de M. Janeiro de 82,5 dias (49 dias em 1988), e que, como se indicou acima, em 24% das referências efectuadas não foi possível marcar consulta hospitalar.

Sem perder de vista que não existe evidência segura que demonstre indiscutivelmente e sempre a existência de associação entre menor tempo de espera e melhores resultados em saúde, importa porém não esquecer que está demonstrada em certas situações clínicas a associação entre demora prolongada no acesso aos cuidados de saúde e piores resultados¹¹. Foi aliás a existência de tal evidência que justificou o esforço desenvolvido pela administração de saúde do Reino Unido para melhorar os mecanismos de acesso aos cuidados de saúde hospitalares, esforço que incluiu a denominada regra das duas semanas para as referências por doença neoplásica¹².

Na avaliação deste esforço, que agora se inicia^{12,13}, parecem obter consenso dois mecanismos para obter a diminuição dos tempos de espera no acesso aos cuidados hospitalares: do lado da estrutura o uso mais imaginativo das tecnologias da informação, do lado do processo o desenvolvimento contínuo de formas multidisciplinares de prestação de serviços no interface cuidados primários-cuidados secundários.

Não é este o local para tecer considerações mais detalhadas acerca destes dois mecanismos, desenvolvendo o que poderia parecer uma utopia face aos resultados agora apresentados entre nós. Importa porém, a terminar esta reflexão, realçar no estudo de M. Janeiro a utilização de um outro mecanismo de efectividade demonstrada, a participação activa dos pacientes no processo de comunicação entre os dois níveis de cuidados¹⁴. Este envolvimento do paciente, afinal o primeiro e último interessado na funcionalidade da articulação, é seguramente a melhor estratégia que os profissionais responsáveis de ambos os lados do interface poderão desde já utilizar para tentar tornar menos sombrio o panorama actual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Royal College of General Practitioners. The College Standards: 19. Referral rates [serial online]. [2 ecrans]. Disponível em: URL: <http://www.rcgp.org.uk/rcgp/external/standards/topics.asp?alpha=Referral%20letters>
2. Royal College of General Practitioners. The College Standards: 1. Access, availability and continuity of care [serial online]. [6 ecrans]. Disponível em: URL: <http://www.rcgp.org.uk/rcgp/external/standards/topics.asp?alpha=Access,%20availability%20and%20continuity%20of%20care>
3. Janeiro MS. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 193-207
4. Varela A, Rola J. Nota de alta hospitalar – Que informação clínica para o médico de família. *Acta Med Port.* 2000;13(3):81-4.
5. Janeiro M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa. *Rev Port Clin Geral* 1993;10:50-9.
6. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários III: Comparações internacionais. *Rev Port Clin Geral* 1994;11:115-24.
7. Sandler DA, Heaton C, Garner ST, Mitchell JR. Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. *BMJ* 1989;299:1511-3
8. Castleden WM, Stacey MC, Norman PE, Lawrence-Brown MM, Brooks JG. General practitioners' attitudes to computer-generated surgical discharge letters. Members of the Department of General Surgery, Fremantle Hospital. *Med J Aust* 1992;157:380-2.
9. van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? *Can Fam Physician* 1998;44:62-9.
10. Keulen DJ. Enhancing referrals with a computer-generated form. *Fam Pract Manag* 1998;5:31-4
11. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999;353:1119-26.
12. Jones R, Rubin G, Hungin P. Is the two week rule for cancer referrals working? [Editorial. *BMJ* 2001;322:1555-6.
13. Moreea S, Green J, MacFie J, Mitchell CJ. Impact of the two week waiting time standard on the gastroenterology service of a district general hospital. *Gut* 2001; 48 (suppl 1): A3.
14. Greenhow D, Howitt AJ, Kinnersley P. Patient satisfaction with referral to hospital: relationship to expectations, involvement, and information-giving in the consultation. *Br J Gen Pract* 1998 Jan;48(426):911-2.