

Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois

MANUEL JANEIRO*

RESUMO

Objectivo: 1) Caracterizar o acesso aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS) dos doentes de uma extensão rural do Alentejo interior; 2) Comparar os resultados com os de outro estudo semelhante feito 10 anos antes.

Tipo de estudo: Descritivo e transversal.

Local: Extensão de Vale de Vargo do Centro de Saúde de Serpa.

População: Os utentes referenciados aos CSS pelo Médico de Família.

Métodos: O Médico de Família preencheu, durante a consulta, uma ficha por cada doente referenciado aos CSS, durante o ano de 1997, completada posteriormente com a data da marcação da consulta, a sua efectivação e existência de informação de retorno.

Resultados: Referenciaram-se 105 doentes a 134 consultas. A taxa de referência foi de 5,87%. As especialidades mais frequentes foram, Oftalmologia (36%), Ginecologia (9%) e Cirurgia (8%). As instituições mais solicitadas foram os hospitais de Beja (39%), de Serpa (32%) e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa (8%). Das consultas referenciadas apenas 76% foram marcadas e 68% realizadas. A demora média das consultas marcadas foi de 82,5 dias ($DP \pm 95,7$ dias). Aos 8 dias esperavam por consulta 94% dos doentes e 47% às 12 semanas. Não foi possível marcar consulta em 24% dos casos. Apenas 27% dos doentes trouxeram informação de retorno ao seu MF. Estes valores são piores que os verificados em estudo semelhante do autor há 10 anos e que os de outros estudos europeus.

Conclusões: O acesso dos doentes estudados é pior que os estudos nacionais conhecidos, que, por sua vez, são os piores da Europa. É imperioso mais estudos de avaliação sobre a articulação entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e CSS de modo a identificar causas de ineficiência, sendo necessário envolver os profissionais dos dois níveis numa estratégia de mudança claramente assumida pela gestão dos serviços.

Palavras-chave: Referência; Cuidados Continuados; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Secundários; Medicina Rural.

INTRODUÇÃO



Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) constituem os principais sub-sistemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes, dependem, em grande parte, de uma correcta articulação entre estes dois níveis de cuidados.

A optimização do SNS implica o racional aproveitamento dos recursos disponíveis e uma articulação lubrificada entre os dois níveis de cuidados¹. É fulcral neste processo o acesso fácil e rápido dos doentes às consultas das especialidades, quando referenciados pelos seus Médicos de Família (MF), do mesmo modo que o pronto atendimento dos doentes pelos seus MF após avaliação nas especialidades.

Se o MF não cumprir a sua função de *gatekeeper* e de coordenador no SNS, tal pode resultar em falta de cooperação entre os vários prestadores, eventuais deficiências no tratamento dos doentes, sobre-medicação, exames complementares de diagnóstico desnecessários e custos acrescidos². A experiência mostra que a adequação dos serviços hospitalares à referência dos MF obtém ganhos de produtividade, diminui os exames complementares de diagnóstico efectuados, as referências hospitalares e a lista de espera, aumentando a competência dos especialistas na resolução dos problemas colocados pelos MF².

Outro aspecto fundamental refere-

*Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde de Serpa

-se à fluente e eficaz troca de informação entre os intervenientes dos dois sub-sistemas. A comunicação é uma tarefa central na coordenação dos cuidados aos pacientes¹. Os cuidados continuados são melhorados através de uma simples informação clínica para ambos os níveis³, prevista na lei portuguesa, mas nem sempre cumprida.

O programa do governo socialista e os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde não iludem a questão, colocando os CSP no centro do sistema e valorizando uma articulação que urge melhorar. O trabalho actual não pretende responder ao porquê do atraso das mudanças, já que há muito tempo foram identificados os problemas, mas tão somente avaliar a capacidade de resposta das instituições dos CSS às necessidades de referência dos doentes de uma extensão rural do Baixo Alentejo interior, uma região das mais pobres da Europa, onde acessibilidade e equidade nos serviços de saúde fazem mais parte dos discursos dos políticos do que da realidade do quotidiano dos cidadãos. Dez anos decorridos após o primeiro estudo em que foi feito e divulgado o diagnóstico da situação, em que mudou o Governo e a política de saúde, importava reavaliar a acessibilidade aos CSS e avaliar, se bem que precariamente, a eficácia local da reforma de saúde em curso. São objectivos do trabalho caracterizar a referência e comparar os resultados com os de outro, de metodologia semelhante, efectuado 10 anos antes com a mesma lista de utentes.

Os doentes incluídos no estudo pertencem a uma aldeia que dista 20 Km da sede do concelho, Serpa, no Baixo Alentejo interior. Os cerca de 1.100 habitantes pertencem a 450 famílias e estão todos inscritos na lista do MF.

Neste ano a taxa de cobertura da lista foi de 68%; em 190 dias de trabalho fizeram-se 3.614 contactos, dos quais 2.280 (63%) foram directos (i. é.,

face-a-face); tinham mais de 44 anos 70% dos utentes. Fizeram-se 80 consultas de saúde infantil, 55 de saúde materna, 62 de planeamento familiar e 48 domicílios (2.1%). A carga média de trabalho semanal foi de 77 encontros directos. No ano do estudo nasceram na aldeia 10 crianças e faleceram 11 pessoas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal efectuado durante todo o ano de 1997 na extensão rural de Vale de Vargo do Centro de Saúde de Serpa. A população estudada incluiu todos os doentes referenciados pelo MF a consultas de outras especialidades durante esse ano. Foram excluídos alguns doentes encaminhados com carácter de urgência para os médicos de Medicina Interna de apoio ao Serviço de Apoio Permanente a funcionar nas instalações do H. de Serpa. Em cada referência feita, o autor (i) anotou o acontecimento no processo clínico (ii), preencheu a ficha do estudo (iii), o modelo do Ministério da Saúde nº 330.04 (*Meios complementares de diagnóstico, actos terapêuticos e consultas*) ou o fax, no caso do Hospital (H) de Beja (iiii) e o modelo 330.10, suporte da *Informação Clínica* para referência. Este último foi fechado num sobrescrito e entregue sempre ao doente, a quem se pediu que o guardasse num lugar seguro e o entregasse em mão ao especialista que o atendesse, no acto da consulta.

Os dados do estudo resultaram do tratamento da informação registada na ficha do estudo. Este registo ocorreu em duas fases. A primeira, no acto da consulta em que se preencheram dados demográficos relativos ao doente, a especialidade procurada, a instituição a que o doente foi referenciado e a data em que foi feita a referência; a segunda fase, ocorreu mais tarde, fre-

quentemente na consulta com o MF posterior à consulta dos CSS, na qual a ficha foi completada com a data desta consulta, a confirmação da entrega da informação clínica enviada pelo MF e o eventual recebimento da informação de retorno do colega especialista. Alguns doentes foram convocados para fornecer informação.

Todas as referências foram feitas por consenso entre o MF e o doente. Algumas das referências foram sugeridas pelo doente.

As consultas foram marcadas de diversos modos, dependendo do funcionamento de cada instituição: pelo serviço administrativo do Centro de Saúde (CS) através de fax ou telefone, ou directamente pelos doentes nas consultas externas da instituição. Os especialistas do H. de Beja definiram as prioridades de marcação nas suas especialidades com base na informação clínica enviada por fax através dos serviços administrativos, respondendo também por fax. Na procura de consultas dos CSS, e na sua oferta, há a considerar que não houve consulta de cardiologia no H. de Beja durante vários meses e que a meio do ano acabou a consulta de oftalmologia no H. de Serpa.

Entendeu-se como verdadeira a informação prestada pelo doente refe-

rente à entrega da informação clínica ao médico dos CSS tal como a não existência de informação de retorno.

Entende-se por *referência* o encaminhamento do doente para uma consulta de outra especialidade feito pelo seu MF; por *demora* entende-se o tempo decorrido entre a data da consulta do MF, na qual se fez a referenciação e a data da ocorrência da consulta pretendida.

O H. de Beja é distrital de nível 2 e o H. de Serpa de nível 3. Definiram-se como instituições de nível local as que distam até 20 Km da extensão (Serpa) e de nível regional as que distam entre 20 e 200 Km (Beja, Évora e Montemor-o-Novo).

Utilizou-se a estatística descritiva na análise dos dados.

RESULTADOS

A população do estudo

Referenciaram-se 105 doentes a 134 consultas: a taxa de referenciação foi de 5,87%. Durante o período do estudo, 26 doentes foram referenciados 2 vezes e 1 doente foi referenciado 4 vezes. Os doentes referenciados foram maioritariamente mulheres (68%). De um modo geral, a referenciação aumentou com a idade dos doentes (Figura 1).

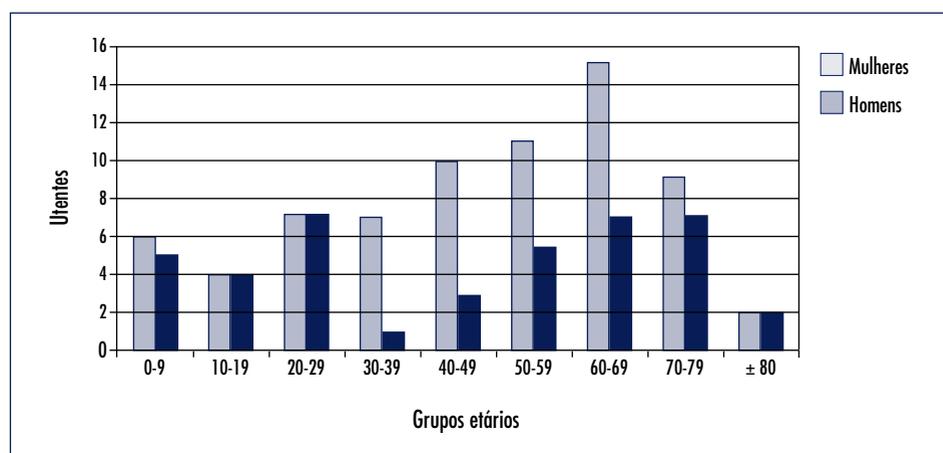


FIGURA 1. Utentes referenciados por sexo e grupos etários (N=105)

44% da população do estudo não era escolarizada; tinham a 4ª classe, 23% (Figura 2). Os grupos etários mais referenciados foram as mulheres entre os 50 e 69 anos e os homens dos 60 aos 79 anos. Foram referenciados doentes de 93 famílias (21%).

A procura dos Cuidados de Saúde Secundários

Por especialidades

As 134 referências repartiram-se por 24 especialidades. As referências mais frequentes foram: 48 de Oftalmologia (36%), 12 de Ginecologia (9%), 11 de Cirurgia (8%), 10 de Fisiatria (7%), 9 de Psiquiatria (7%), 7 de ORL (5%) e 6 de Dermatologia (4%). Entre elas repartiram 77% de todas as referências (Figura 3)

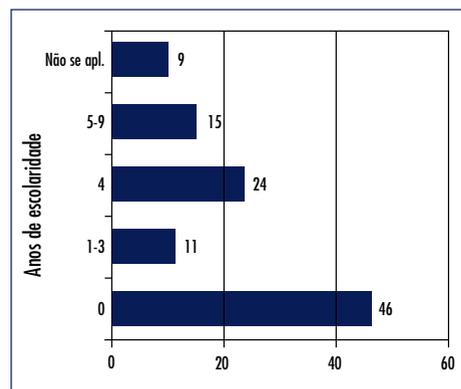


FIGURA 2. Doentes por anos de escolaridade (N=105)

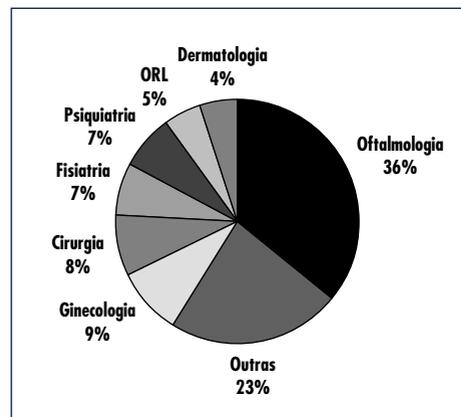


FIGURA 3. Referências por especialidades (N=134)

Por instituições

Fizeram-se referências a 14 instituições de saúde: 2 de âmbito local (CS de Serpa e H. Serpa), 7 de âmbito regional (H. de Beja e Évora, STDR, CS de Beja, Clínica de S. Paulo, Cruz Vermelha de Beja e H. Ortopédico Infantil S. João de Deus de Montemor-O-Novo) e as restantes em Lisboa.

As de âmbito local absorveram 40% das referências, as de âmbito regional 47% das referências e as de Lisboa, 13%.

As instituições com mais referências foram, por ordem decrescente, o H. de Beja (39%), H. de Serpa (32%), IPO de Lisboa (8%) e o CS de Serpa (8%). As restante 10 instituições ocuparam 13% das referências.

A demora em obter consulta

A demora de marcação ocorrida nas 102 consultas marcadas foi muito variável. A sua estatística descreve-se no Quadro I.

A Figura 4 mostra a distribuição intervalar da demora das consultas marcadas e a proporção das consultas não marcadas. Verificamos que cerca de um quarto das referências foram marcadas para o primeiro mês, outro quarto entre 1 e 3 meses e outro quarto depois de três meses; o quarto restante corresponde a consultas em que não se obteve marcação (ver mais adiante).

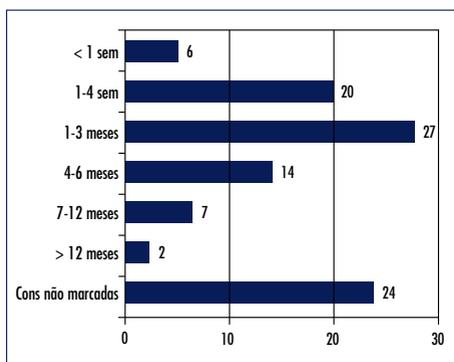


FIGURA 4. Demora das consultas marcadas e consultas não marcadas (N=134)

QUADRO I

ESTATÍSTICA DOS DIAS DE DEMORA

Estatística	Valor
Nº de consultas marcadas	102
Total de dias de demora	8.419 dias
Média	82,5 dias
DP	95,7 dias
Máximo	460 dias
Mínimo	1 dia
Moda	14 dias
Mediana	48 dias

As especialidades mais demoradas foram Hematologia, Oftalmologia, Ortopedia e Medicina, ORL, Pediatria e Cardiologia (Quadro II)

As especialidades menos demoradas foram Gastroenterologia, Genética, Mama no IPO, Infecção-contagiosas,

Obstetrícia de alto risco e Reumatologia privada (Quadro III).

O H. de Stº António dos Capuchos, em Lisboa, e o H. Infantil de S. João de Deus, em Montemor-o-Novo (uma instituição privada) e o H. de Beja tiveram demoras médias acima dos quatro meses. Saliente-se que não houve resposta a 6 referências que foram feitas para o H. Beja e 19 para o H. de Serpa. (Quadro IV).

Das 11 consultas referenciadas ao IPO, o máximo da demora foi 30 dias; 7 dessas consultas demoraram menos de 9 dias tendo sido as menos demoradas do estudo. Para tal contribuiu o atendimento no próprio dia sem marcação prévia.

Referências feitas, consultas realizadas e desistências

Das 134 referências, obtivemos a

QUADRO II

ESPECIALIDADES MAIS DEMORADAS

Especialidades	Instituição	Nº Consultas	Demora (dias)
Hematologia	H. Capuchos	1	294
Oftalmologia	H. Serpa e H. Beja	29	150
Ortopedia	H. Beja	4	124
Medicina	H. Évora	1	124
ORL	H. Beja	7	96
Pediatria	CS Serpa	1	79
Cardiologia	H. Beja	1	62

QUADRO III

ESPECIALIDADES MENOS DEMORADAS

Especialidades	Instituição	Nº Consultas	Demora (dias)
Gastroenterologia	IPO Lisboa	1	5
Genética	H. Beja	1	6
Senologia	IPO Lisboa	2	8
Dermatologia	IPO Lisboa (5) e H. Curry Cabral (1)	6	10
Infecção-contagiosas	H. Curry Cabral	1	11
Obstetrícia de alto risco	H. Beja	2	12
Reumatologia	Clínica de S. Paulo	1	17

QUADRO IV

DISTRIBUIÇÃO DAS REFERÊNCIAS POR INSTITUIÇÕES E DEMORAS MÉDIAS

Instituições	Consultas referenciadas	Consultas marcadas	Consultas realizadas	Demora média da instituição (dias)
H. D. Beja	52	46	36	120
H. D. Serpa	43	24	24	57
IPO Lisboa	11	11	11	13
CS Serpa	10	7	6	47
H. Ortop. Infa. S. João de Deus de Montemor-o-Novo	3	3	3	142
STDR Beja	3	3	3	23
H. Curry Cabral de Lisboa	2	2	2	6
H. Capuchos de Lisboa	2	2	2	165
H. S. José de Lisboa	2	2	2	55
Clínica de S. Paulo de Beja	1	1	1	17
H. D. Évora	1	1	1	124
Cruz Vermelha de Beja	1	0	0	–
CS Beja	2	0	0	–
Inst. Port. Reum.de Lisboa	1	0	0	–
Total	134	102	91	–

QUADRO V

EFICÁCIA DAS REFERÊNCIAS

Consultas marcadas		Consultas não marcadas	
Realizadas	Não realizadas [§]	Pelos serviços [†]	Pelos doentes [‡]
91 (68%)	11 (8%)	22 (16%)	10 (8%)
102 (76%)		32 (24%)	
134 (100%)			

[§] Desistências e faltas; [†] Sem resposta e devolvidas; [‡] Não tentou marcar

marcação de 102 consultas (76%) (Quadro V) e a realização de apenas 91 (68%). Assim, uma em três consultas solicitadas não foi realizada. Em 11 consultas (8%) marcadas os doentes faltaram ou desistiram.

Em 32 referências (24%) não foi possível ao serviço ou ao doente marcar consulta. Esta impossibilidade deveu-se ao cancelamento das inscrições para consultas externas, à devolução das «não urgentes» após triagem do H. de Beja e à suspensão das consultas de Oftalmologia no H. de Serpa. Estão in-

cluídas neste número 10 consultas (8%) em que se duvida que o doente tenha contactado os serviços para marcação de consulta. Nestas incluem-se 3 consultas de psiquiatria e 1 de psicologia. Em 16% dos casos não obtivemos qualquer resposta aos pedidos de consulta efectuados.

Cerca de ¼ dos doentes sem consulta terá recorrido às consultas particulares.

Informação de retorno

Como foi referido, o MF entregou a

todos os doentes uma informação clínica endereçada ao especialista e que lhe deveria ser entregue no acto do atendimento. 90% dos doentes que foram às 91 consultas realizadas referiram ter entregue a informação clínica endereçada ao especialista, no serviço em que foram atendidos, ou ao especialista que os observara. Os restantes 10% correspondem a doentes que se esqueceram de levar a informação clínica ou que não se lembraram se a tinham entregue. Apenas 27% dos doentes trouxeram informação de retorno para o seu MF. Houve casos em que não foi enviada resposta de retorno mesmo depois de pedida pelo doente.

Não houve resposta de retorno em 81% das consultas realizadas no H. Beja, 67% no H. Serpa e 64% no IPO (Instituto Português de Oncologia). Houve 100% de respostas nas 5 consultas de Fisiatria do H. Serpa. Houve também respostas frequentes nas especialidades de Neurocirurgia (H. Capuchos e S. José), Ortopedia (H. Beja), Pediatria (CS Serpa) e Pneumologia. Pelo contrário, houve menos de metade das respostas em Cirurgia e Oftalmologia no H. de Serpa, Gastroenterologia e Endocrinologia no IPO, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia no H. Beja e Psiquiatria no CS de Serpa.

Comparação com estudo anterior

Foi feito um estudo pelo autor com objectivos e metodologia semelhante em 1988/1989, permitindo comparar agora alguns dos resultados⁴. Se o estudo actual durasse 15 meses, como o anterior, teria havido um aumento (esperado) de 49% no número de doentes referenciados pelo MF e um aumento de 37% nas referências aos CSS.

A Ortopedia e a Dermatologia, que faziam parte das 6 especialidades mais marcadas, são substituídas no actual

estudo pela Ginecologia e pela Psiquiatria. A Oftalmologia e a Cirurgia continuam a ser das mais referenciadas.

A procura por instituições diminuiu no H. de Beja (48 para 39%), aumentou no H. de Serpa (19 para 32%), manteve-se no IPO (8%) e surgiu o CS Serpa como nova instituição referenciada por ter iniciado consultas de Psiquiatria e Pediatria.

A demora média de todas as consultas marcadas aumentou de 49 para 83 dias (69%).

A demora por instituição diminuiu no IPO (de 24 para 13 dias) e aumentou no H. de Serpa (de 49 para 57 dias) e no H. de Beja (de 62 para 120 dias).

Nos dois estudos apenas se realizaram cerca de 2/3 das consultas referenciadas.

A informação de retorno à informação do MF diminuiu de 41 para 27%.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos não podem generalizar-se para os MF, para as especialidades ou para as instituições referidas. No entanto, quer os recursos disponíveis, quer os processos de marcação de consulta são idênticos para os doentes do concelho pelo que não existem motivos para pensar que estudos mais amplos e com a mesma metodologia obtenham resultados muito diferentes dos actuais. Estes resultados espelham bem a acessibilidade aos CSS dos doentes incluídos no estudo. Os vieses mais prováveis dizem respeito às variáveis dependentes da informação veiculada pelos próprios doentes. Alguns doentes, idosos e sem instrução, poderão ter dado ao inquiridor, o seu MF, a *melhor* resposta. Também a perda ou o esquecimento da informação de retorno, não assumidos, podem ter influenciado as respostas dadas, hipóteses que consideramos pouco prováveis. Os resultados obtidos

podem servir de referência em trabalhos futuros e ajudar os gestores a melhorar os serviços prestados à população, uma vez que não se conhecem estudos semelhantes levados a cabo na região e é consensual a falta de informação de apoio à decisão na gestão e planeamento dos serviços de saúde.

Os diversos modos de marcação de consultas externas confundiram os procedimentos administrativos quanto ao método mais célere e são motivo de desigualdade no acesso; por exemplo, as marcações feitas pessoalmente dependem das capacidades e, por vezes, dos conhecimentos pessoais de cada doente.

A taxa média de trabalho semanal é semelhante à encontrada em outros estudos: 89 em Gêrvas⁵, 76 em Leurquin⁶ e 70 em Miranda⁷ ou 81 no estudo do *European General Practice Research Workshop*⁸ sobre Portugal, que inclui também encontros indirectos. Estes valores são baixos comparados com outros europeus.

A taxa de referência encontrada (5,87%) é semelhante à de um estudo com expressão nacional de Sá, de 1994 (5,57%)⁹, mas mais baixa que os 8,91% de Miranda⁷ ou os 11% de Gêrvas⁵. No estudo de Sá, envolvendo 15 países europeus, Portugal ocupa quanto a esta variável, a quinta posição mais alta, entre a máxima da Alemanha (8,17%) e a mínima da França (2,6%). Outros estudos mostram taxas dispare, possivelmente relacionadas com realidades assistenciais e sistemas de prestação de cuidados diferentes: Espanha, 6,89%¹⁰ e 4,55%¹¹, Israel, 7,4 a 15,9%¹².

A taxa de domicílios efectuados é semelhante à encontrada por Silva no seu trabalho, 2,3%¹³.

A procura dos CSS é multicausal: as características demográficas e socio-económicas da população, as características da oferta dos CSS e as com-

petências profissionais do MF parecem ser determinantes. No nosso estudo, o envelhecimento da população poderá ter sido importante na procura da Cirurgia, Fisiatria, Oftalmologia e Dermatologia, esta referenciada sobretudo para o IPO. As referências de Oftalmologia relacionam-se também com a elevada prevalência de diabetes na lista (7,3%). Estas especialidades aparecem em primeiro lugar em outros estudos de referência^{2,10,11}. A procura de consultas de Psiquiatria aumentou desde que foi criada uma consulta desta especialidade no próprio CS. O crescimento de referência a Ginecologia relaciona-se provavelmente com um maior número de consultas efectuadas de planeamento familiar, possibilitado pelo aumento de recursos da equipa de saúde e pela revelação de patologia oculta consequente. Se bem que haja estudos que mostrem que MF com elevadas taxas de referência executam menos procedimentos técnicos que outros², a execução de técnicas de rasteio pode aumentar a referência.

O facto de 79% das referências terem sido feitas para instituições concelhias e distritais atesta a importância destes serviços no apoio aos doentes em estudo e, conseqüentemente, a necessidade de aumentar os seus recursos humanos se se provar, como se afirma, que esta é uma das causas para a existência de grandes listas de espera nestes hospitais. No nosso estudo, o H. Beja é a instituição mais importante, verificando-se que não dá resposta eficaz à procura das especialidades a ele referidas e que o outro hospital regional, o de Évora, não lhe serviu de alternativa. A demora na resposta justifica a dispersão por tantas instituições, mas também é relevante a inexistência de algumas especialidades, como a Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia ou a Oncologia (a inexistência de assistência oncoló-

gica na região é tanto mais gravosa e incompreensível quando o distrito detém o recorde nacional de alguns tipos de neoplasias). A demora média no H. Beja foi muito superior à média do estudo. O facto dos doentes terem desistido em quase $\frac{2}{3}$ das consultas marcadas poderá relacionar-se com essa demora, tendo a medicina privada servido, em alguns casos, para minorar a dificuldade de acesso às consultas da especialidade. Gérvias salienta no seu trabalho que Portugal é o país da Europa com maior tempo de espera: aos 8 dias, 25% dos doentes ainda não tinham tido consulta. No mesmo sentido aponta o trabalho de Sá e Jordão que verificaram que para as especialidades cirúrgicas, 58% dos doentes esperavam ainda consulta às 12 semanas¹⁴. O nosso trabalho mostra que, para todas as especialidades, aos 8 dias, 94% dos doentes esperavam por consulta. Esse valor era ainda de 47% às 12 semanas.

O facto de nunca ter havido qualquer resposta a 15% das referências feitas, aconselha uma revisão cautelosa de todo o processo de encaminhamento para as consultas externas do H. Beja. O mesmo se aplica em relação ao H. Serpa onde são mais graves estes indicadores, se bem que, neste hospital, tal se atribua ao fim súbito das consultas prestadas por um oftalmologista contratado.

O CS Serpa mostrou-se como pouco importante nas referências deste estudo.

A baixa da percentagem de informação de retorno (de 41 para 27%) leva-nos a supor um maior afastamento entre os dois níveis de cuidados na última década. Uma vez que se mantiveram constantes as informações clínicas enviadas pelo MF concluímos que tal se deve a causas hospitalares. A percentagem de respostas de retorno no nosso estudo foi bastante inferior à do estudo de Sá (70%) que salientava

Portugal como o país europeu com maior percentagens de não-respostas às oito semanas (51,8%) e concluía que «a comunicação dos especialistas hospitalares para os médicos de família foi, de longe, a pior entre os países que participaram no estudo»⁹. Os custos da ausência de resposta têm sido evidenciados em vários estudos e deverão ser entendidos como um indicador da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais. A inexistência de resposta de retorno limita a informação com que o MF acompanha o doente, pode provocar prescrições erradas, aumenta o risco das interacções medicamentosas, tratamentos demasiado curtos ou longos, informação contraditória para os doentes, encaminhamento inadequado para as urgências ou para novas consultas externas e desperdício de recursos. Para esta situação concorrerão factores próprios do sistema de saúde, de cultura hospitalar ou mesmo de Serviço e individuais, que poderão ser analisados noutros trabalhos.

Os serviços e as administrações hospitalares deveriam formar os médicos, para que sistematicamente enviassem resposta de retorno aos MF e a encarassem com importância semelhante à que registam noutros suportes de informação, como a história clínica, os diários, a informação que acompanha os exames complementares de diagnóstico ou as notas de alta.

Como conclusões podemos apontar que o estudo revela graves problemas de acessibilidade aos CSS de uma população envelhecida e depauperada. Os seus resultados vão ao encontro das conclusões do relatório da saúde para Portugal da OCDE de 1998 que aponta o Alentejo como uma região com médias baixas de resultados em saúde e com falta de recursos materiais e humanos, contrastando com áreas litorais.

As preocupações manifestadas pelo poder político quanto à equidade dos ci-

dados exigem a tomada de decisões consequentes com as suas declarações.

Se considerarmos a demora média em obter consulta da especialidade e a percentagem de resposta de retorno como indicadores podemos afirmar que a articulação entre os dois níveis de cuidados é muito pior que há dez anos atrás.

O processo de marcação das consultas externas hospitalares deverá ser avaliado, os procedimentos clarificados e deve ser revisto o modo de marcação por fax que obriga à circulação aberta de dados confidenciais do doente pelos serviços administrativos das instituições. Deverá haver acesso directo às consultas das especialidades no H. Beja à semelhança do que acontece nas outras instituições, uma vez que a função de filtro dos serviços hospitalares é uma grave limitação do direito de acesso dos doentes às suas consultas, implicando riscos imponderáveis e custos acrescidos para o SNS e para os doentes que, por vezes, têm de recorrer à privada.

Tão importante como as respostas dadas pelo estudo são as perguntas que levanta: Até que ponto os resultados do estudo são representativos das especialidades e das instituições? Porque existem demoras tão elevadas? Porque se «perdem» tantas referências? Porque existem tão poucas respostas de retorno? Que acontece aos doentes em lista de espera? Quais são os custos destas listas de espera? Qual a qualidade da informação enviada pelo MF e pelo médico hospitalar?

O estudo da articulação entre os dois níveis de cuidados deverá ser completado com estudos qualitativos sobre a oportunidade das referências e a qualidade da informação que circula entre os dois níveis, depois de se definirem critérios de referenciação (por exemplo através de *guide-lines* consensuais) e critérios de qualidade de conteúdo da informação circulante. Se-

riam também úteis estudos de avaliação da efectividade das consultas externas hospitalares.

Neste processo, podem ser importantes as acções, eventualmente de formação, que incluam os profissionais dos dois níveis, que identifiquem problemas de articulação, procurem soluções, reforcem colaborações e sinergismos. O afastamento tradicional, quando não a hostilidade, entre os dois níveis de cuidados, não poderá ser resolvido normativamente, mas sim apelando para os profissionais em benefício mútuo do diálogo e, sobretudo, aos interesses do doente, quer estes sejam considerados como estritamente médicos, quer como direitos de cidadania. A melhoria necessária da articulação entre CSP e CSS, para além de justificadas imposições de ordem clínica e económica, ganha também dimensões de ética médica e de justiça social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson MA, Helms LB. Comparison of continuing care communication. *Image J Nurs Sch*, 1998; 30(3):255-60.
2. Thies-Zajonc S, Szecsenyi J, Kochen MM, Kohle M. Patient initiative and referral decision of the primary care physician. *Gesundheitswesen* 1997; Oct;59(10):561-5.
3. Grenzner V, Oivet M, Lacasa C, Fernandez F, Guarga A, Torras MG, et al. Reorganising specialist care in the Ciutat Vella Health Sector: analysis of an experience. *Aten Primaria* 1988; Apr 15;21(6):377-82.
4. Janeiro M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa. *Rev Port Clín Geral* 1993; 10 (2): 50-9.
5. Gêrvas J, Pérez-Fernández M, López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Miranda JA. Continuidade e longitudinalidade de cuidados de Clínica Geral em Portugal. *Rev Port Clín Geral* 1997; 14: 389-99.
6. Leurquin P, Casteren W, Maesener JD. Eurosentinel Study Group. Use of blood tests in general practice: a collaborative study in eight European countries. *Br J Gen Pract* 1995; 45:21- 5.

7. Miranda JA, Aguiar PV. Carga de Trabalho, uso do tempo, prescrição de antibióticos e referência em consultas de Clínica Geral. Rev Port Clín Geral 1997; 14:377-86.
8. Fleming D, editor. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. RCGP Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners, 1992.
9. Sá AB, Jordão JG. Estudo Europeu sobre Referência em Cuidados Primários III – Comparações Internacionais. Rev Port Clín Geral 1994; 11:115-24.
10. Yague Hernando AJ, Blanco Ramos MT, Juez Juez AA. An analysis of the referrals to specialist consultations made in a health center. Aten Primaria 1991 Jun; 8(6):472-6.
11. Sainz Saenz-Torre N, Salido Cano A, Rodriguez Gonzalez B, Sainz Jimenes J, Valero Afonso R. Structure and interrelations between different levels of care. Aten Primaria 1989 Mar; 6(3): 170-3.
12. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals of patients by family physicians to consultants: a survey of the Israely Family Practice Research Network. Fam Pract, 1998 Apr; 15(2):158-64.
13. Silva FJ. Utilização da International Classification of Primary Care (ICPC) em consultas de clínica geral. Rev Port Clin Geral 1995; 12:29-46.
14. Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referência em Cuidados Primários: II- Dados de seguimento e informação de retorno. Rev Port Clín Geral 1994; 11:25-8.

Recebido em 26/06/01
Aceite para publicação em 25/06/01

Endereço para correspondência:

Manuel Santos Janeiro
Rua Carlos Queixinhas, 1
7830 Serpa
Tel./Fax: 284 543 204
e-mail: janeiro@mail.telepac.pt

ACCESS TO SECONDARY HEALTH CARE SERVICES IN A SERPA HEALTH CENTRE OUTPOST – TEN YEARS ON

ABSTRACT

Objective: 1) To characterise access to secondary health care services (SHCS) for patients from a rural health centre outpost in the Alentejo hinterland. 2) To compare current results with those from another study conducted ten years earlier.

Type of Study: Descriptive, cross-sectional.

Setting: Vale de Vargo outpost, Serpa Health Centre.

Population: Patients referred to SHCS by their family doctor.

Methods: Throughout 1997, for each patient referred on to SHCS, the family doctor filled out a form during the consultation. The form was later completed with: date of consultant's appointment, actual completion of referral, and whether a feedback letter was sent on the patient's return.

Results: 105 patients were referred to 134 consultant appointments. The referral rate was 5.87%. Most referrals were for: ophthalmology (36%), gynaecology (9%), and general surgery (8%). More often patients were referred to: Beja Hospital (39%), Serpa Hospital (32%), and the Portuguese Institute of Oncology in Lisbon. Of all referrals, an appointment was made for only 76%, and a mere 68% were actually completed. Average waiting time for appointments was 82.5 days ($SD \pm 95.7$ days). At the 8th day 94% of patients were waiting for an appointment, 47% were still waiting 12 weeks on. In 24% of cases an appointment could not be made at all. Only 27% of patients brought a feedback letter to their family doctor. These results are worse than those from a similar study conducted by the same author 10 years ago. Other European studies also show better results.

Conclusion: Access for the patients in this study proved to be worse than in other national studies, which in turn are the worst in Europe. Further studies are urgently needed on primary-secondary health care articulation, so that causes may be identified. Professionals from both levels of care should become involved in a strategy for change which should be clearly taken up by management.

Key-words: Referral; Continuing Health Care; Primary Health Care; Secondary Health Care; Rural Medicine.