

Referenciação dos Cuidados de Saúde Primários a um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental no Interior de Portugal

Referral from Primary Healthcare to a Mental Health Institution in the Portuguese Countryside

Luís Bismarck*✉, Ana Rita Marques**

RESUMO

Objetivos: Caracterizar as referências efetuadas pelos cuidados de saúde primários à consulta do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda.

Tipo de Estudo: Estudo observacional descritivo, de corte transversal.

População: Foram incluídas no estudo todas as referências provenientes dos cuidados de saúde primários, via ALERT P1® à consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, de 01/01/2014 a 30/11/2015.

Métodos: Análise descritiva das variáveis: idade, sexo, motivo de referência, prioridade de referência, prioridade atribuída pelo triador, motivo de recusa do pedido, tempo de espera, comparência do utente e a qualidade da referência.

Resultados: O estudo incluiu 163 referências, sendo 64,4% de utentes do sexo feminino.

O grupo etário mais referenciado foi o dos 35 aos 39 anos de idade. O motivo de referência mais frequente foi “perturbação depressiva” (37,4%). De todos os pedidos, 11,7% foram considerados urgentes pelo médico de família, mas destes, apenas 5,5% foram considerados prioritários pelo triador. Apenas 2,5% das consultas foram recusadas. O tempo médio de agendamento das consultas foi de 83 dias e para as consultas prioritárias de 64 dias. No que respeita à qualidade da referência, 32,5% destas foram classificadas como “más”, 25,2% como “boas” e as restantes como “aceitáveis” (42,3%). Nas primeiras consultas marcadas (160), os doentes não compareceram em 44,8% dos agendamentos.

Conclusões: Com esta análise concluímos que a qualidade das referências pode ser melhorada, assim como a comunicação entre pares. O médico de família deve ter em conta que estas são uma via essencial de comunicação, pois delas depende a qualidade dos cuidados prestados. Levantaram-se algumas

* Unidade de Saúde Familiar “A Ribeirinha”, Unidade Local de Saúde da Guarda; ✉ luisbismarck51@gmail.com.

** Unidade de Saúde Familiar “A Ribeirinha”, Unidade Local de Saúde da Guarda.

 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2846-4619>

Recebido / Received: 19/09/2017 • Aceite / Accepted: 15/10/2018

questões suscetíveis de serem estudadas, como a explicação da baixa taxa de efetivação da consulta de psiquiatria.

Palavras-Chave: Referenciação; Psiquiatria; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Objectives: *Analysis and characterization of primary health care referral to a Mental Health Department in Guarda Health Local Unit.*

Type of Study: *Observational and descriptive.*

Sample: *All referrals from primary health care, through ALERT PI® to the Mental Health Department Outpatient Clinic.*

Methodology: *Descriptive analysis of the selected variables, including quality of the referrals studied which were classified on a scale following specific recommendations.*

Results: *We included 163 referrals whose most frequent motive was “depressive disorder”. Only 2.5% were refused. Feminine sex and ages between 35-39 prevailed. Regarding quality: 32.5% were classified as “bad”, 25.2% as “good” and 42.3% as “acceptable”.*

Conclusions: *Quality of the referrals between healthcare levels can be improved and should be considered partially responsible for the delivered quality of care. Some questions were raised namely the reasons behind such a high rate of missed medical appointments.*

Key-Words: *Referral; Psychiatry, Primary Health Care.*

INTRODUÇÃO

As perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa ocupando um lugar de amplo destaque como uma das principais causas de morbilidade¹, principalmente pelo contributo dos anos vividos com incapacidade, o que realça o seu estatuto de doenças crónicas e a sobrecarga que lhes está associada².

Uma boa comunicação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados de saúde secundários (CSS) é essencial no sentido de melhorar a prestação de cuidados continuados e integrados aos utentes. A carta de referenciação é o instrumento de comunicação inter pares mais comum e a qualidade da mesma tem sido apontada como passível de ser melhorada por alguns estudos que ainda assim, na sua maioria, carecem de uma classificação sistematizada na análise de qualidade^{4-5,7,12}.

A carta de referenciação, além de refletir a qualidade dos cuidados de saúde prestados, permite uma melhor gestão das listas de espera, evitando a duplicação de cuidados prestados e promovendo a eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS)³.

Com este trabalho de investigação visamos caracterizar qualitativa e quantitativamente a referenciação dos CSP a um departamento de psiquiatria e saúde mental (DPSM), utilizando uma metodologia sistemática já utilizada e validada em investigações anteriores^{5,12}.

MÉTODOS

O presente trabalho corresponde a um estudo observacional descritivo, de corte transversal, que decorreu no DPSM da Unidade Local de

Saúde (ULS) da Guarda de outubro a dezembro de 2015.

A amostra é constituída por todas as referências provenientes dos CSP, via ALERT P1® à consulta externa do DPSM da ULS da Guarda, de 01/01/2014 a 30/11/2015. Foram excluídas as referências de outras especialidades médicas e as referências cujas marcações ainda se encontravam em agendamento.

As variáveis estudadas foram a idade, o sexo, o motivo de referência, a prioridade de referência, a prioridade atribuída pelo triador, o motivo de recusa do pedido, o tempo de espera, a comparência do utente e a qualidade da referência.

O motivo de referência foi codificado de acordo com a classificação internacional de cuidados primários - 2ª edição (ICPC-2), tarefa realizada sempre pelo mesmo investigador. A qualidade da referência foi classificada como “boa”, “aceitável” ou “má”, de acordo com as recomendações de Irazábal e Gutiérrez⁴, modificadas de Morera *et al.*⁵, descritas no Quadro 1, tarefa igualmente realizada sempre pelo mesmo investigador. Esta classificação vai ao encontro dos critérios de qualidade de referência propostos pela *Health Quality Service*, entidade responsável pela acreditação da qualidade de instituições de saúde³, e tem sido utilizada por outros estudos, nacionais e internacionais, de forma a discriminar e classificar a carta de referência^{5,12}.

Os dados foram analisados de acordo com a metodologia estatística descritiva usual.

Quadro I: Níveis da qualidade de referência^{4,5}.

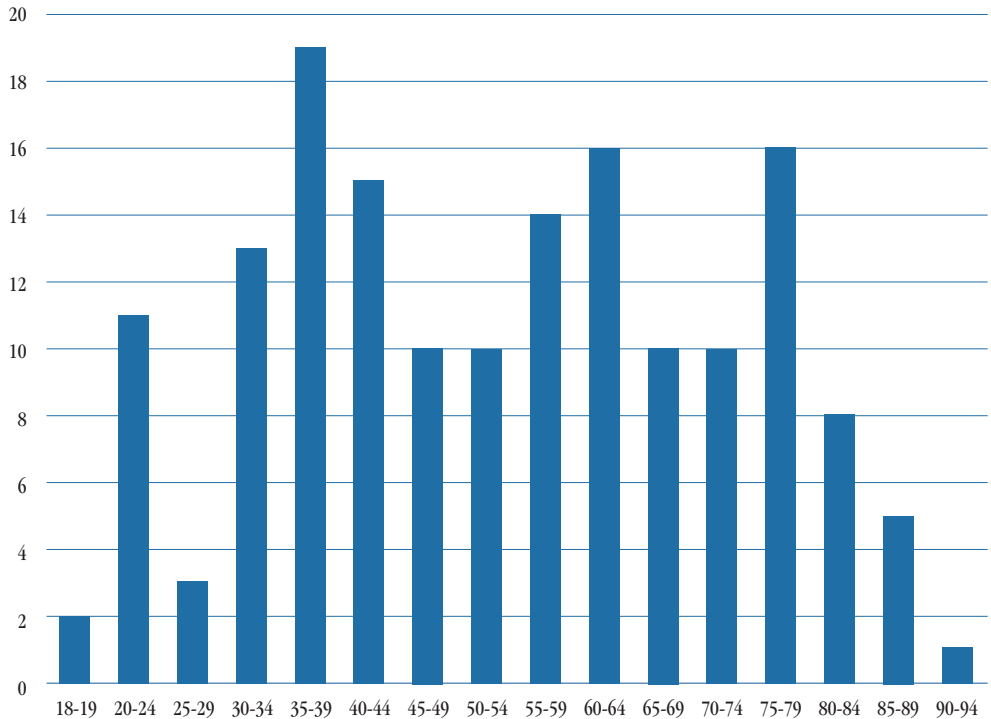
BOA
Identificação do utente e do médico Idade do utente, antecedentes pessoais e familiares Medicação habitual Dados suficientes sobre a doença atual, exame objetivo e exames complementares Hipótese diagnóstica, diagnóstico diferencial ou dúvidas a esclarecer
ACEITÁVEL
O motivo de referência está bem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

RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2014 a novembro de 2015 registaram-se um total de 420 referências ao DPSM da ULS da Guarda. Destas, foram incluídas 163 respeitantes às referências dos CSP, excluídas 225 por se tratarem de referências feitas por outras especialidades e 32 por se encontrarem ainda em agendamento.

Do total das referências foram recusadas apenas 2.5%, todas pelo mesmo motivo: “informação clínica insuficiente”.

A maioria das referências foi de utentes do sexo feminino (64.4%) e o grupo etário predominante foi dos 35 aos 39 anos de idade (11.7%), como consta nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Distribuição dos utentes referenciados, por grupo etário.

O motivo mais referenciado foi “perturbação depressiva” (P76), com 37.3% de frequência, seguido de “distúrbio ansioso/estado de ansiedade” (P74), com 11.4%.

De todos os pedidos, 11.7% foram considerados urgentes pelo médico de família (MF), mas destes, apenas 5.5% foram considerados prioritários pelo triador. Por outro lado, 2.5% das referências consideradas “normais” pelo MF, foram triadas como “prioritárias”, como referido no Quadro 2.

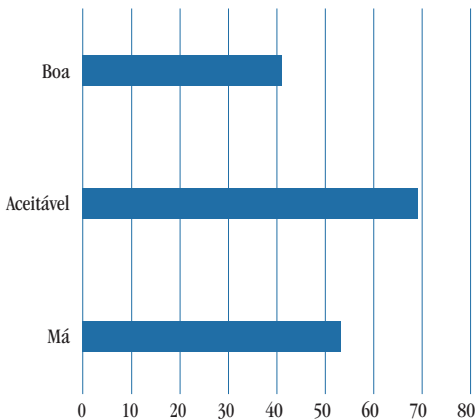
Quadro II: Cruzamento da atribuição de prioridade das referências pelo MF e pelo médico triador.

		Referenciação	
		Normal n (%)	Urgente n (%)
Triagem	Normal n (%)	127 (77.9%)	19 (11.7%)
	Prioritário n (%)	4 (2.5%)	9 (5.5%)

O tempo médio de agendamento das consultas consideradas de prioridade “normal” foi de 83 dias e das consideradas “prioritárias” de 64 dias. Das 163 primeiras consultas marcadas, 44.8% dos utentes não compareceram.

No que respeita à qualidade da referenciação, a maioria foi considerada aceitável (42.3%) existindo ainda assim um número elevado de cartas de referenciação classificadas como “má”.

Gráfico 2: Distribuição das referenciações, por qualidade.



DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Esta investigação incluiu o estudo e análise de 420 referenciações realizada durante um período de 23 meses pelos CSP a um serviço de CSS especializado na saúde mental.

Obtivemos uma predominância do sexo feminino no que respeita à totalidade das referenciações, facto que se relaciona com a elevada prevalência da patologia mental neste sexo e com a elevada taxa de utilização dos serviços de saúde mental ao longo da vida².

No que respeita à idade com que foram referenciados, é visível um pico entre os 35-39 anos, apesar de nas faixas dos 60-64 anos e aos 75-79 anos também existir um elevado número de referenciações e de a restante distribuição ser relativamente homogénea com poucas referenciações nos extremos etários. Os dados publicados pela DGS apontam a uma maior prevalência das perturbações psiquiátricas nas idades entre os 18 e os 64 anos, sendo que os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menor probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, de ansiedade e por abuso de substâncias. Com estes dados podemos tentar explicar o pico de referenciações verificado entre os 75 e os 79 anos de idade, já que grande percentagem da população nesta faixa etária vive em lares da terceira idade, que nem sempre têm um apoio médico constante e continuado, e que assim se procurem alternativas para o necessário apoio. São também nestas idades muito prevalentes as perturbações mnésicas, desde os défices cognitivos leves até aos próprios quadros demenciais, que por vezes suscitam dúvidas e requerem uma avaliação e orientação especializadas. Como é sabido, apenas médicos psiquiatras e neurologistas podem prescrever antidemenciais ao abrigo do despacho n.º 13020/2011, de 20 de setembro, situação que obriga muitas vezes os MF a referenciar para os CSS os doentes que consideram poder beneficiar destas terapêuticas.

Os principais motivos de referenciação que encontramos foram os de “perturbação depressiva” (P76) seguido do “distúrbio ansioso/estado de ansiedade” (P74) com uma incidência 3 vezes menor. Segundo os dados

apresentados pela DGS¹, a prevalência anual dos transtornos de ansiedade duplica a prevalência apresentada para os transtornos depressivos. São dados que nos podem levar a pensar que talvez exista uma maior dificuldade em tratar adequadamente em CSP os transtornos depressivos, ou que porventura lhes seja atribuída uma maior carga de morbilidade que leve o MF a recorrer a ajuda especializada.

As referenciações recusadas representaram apenas 2,5% do total, todas pelo mesmo motivo: “informação clínica insuficiente”, o que de alguma forma contrasta com os dados obtidos relativamente à qualidade das referenciações em que 32,5% foram consideradas “má”. Como foi referido anteriormente, os critérios incluídos nesta categoria são: “ausência de informação”, “sem dados suficientes para a avaliação da doença atual” e “ilegível”, este último não aplicável já que as referenciações se efectivaram por via digital. Mas os dois primeiros critérios, uma vez cumpridos, são motivo legítimo de recusa da consulta tal e como demonstra o motivo apresentado para justificar as referenciações recusadas expondo talvez alguma benevolência do triador. Não encontramos nenhuma referenciação devolvida, o que no nosso entender, e considerando a percentagem de referenciações classificadas como “má”, denota escassa utilização dos canais de retroalimentação da informação e perpetua o erro, uma vez que não há um sentido pedagógico quando o triador se depara com “má” referenciação. Reflete também a ausência de resposta por parte dos CSS aos CSP aquando de uma referenciação, já evidenciada por outros estudos^{3,4,6,12}.

Relativamente à percentagem de referenciações consideradas como urgentes pelo MF, obtivemos um total de 11,8%, valor semelhante ao encontrado em alguma da bibliografia revista^{6,7}, mas que não correspondeu na totalidade ao critério do triador, tendo este atribuído a classificação de prioritário a apenas 5% destes. Ao mesmo tempo, da totalidade das referenciações consideradas de prioridade normal para o MF, 2,5% foram reconsideradas e classificadas como prioritárias pelo triador. Esta ligeira disparidade poderá ser explicada por: infra/sobrevalorização dos quadros clínicos expostos, tentativa de manipulação do sistema ou as mais óbvias dificuldades de comunicação/interpretação da informação dada⁷.

Analisando o tempo médio de espera, obtivemos um tempo médio de espera de 83 dias para as consultas cuja prioridade foi considerada “normal” e de 64 dias para as consultas consideradas “prioritárias”. A portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência. Para os hospitais do SNS, o tempo é dividido, consoante o nível de prioridade atribuído pela triagem hospitalar, em 30 dias (consulta de realização muito prioritária), 60 dias (prioritária) e 150 dias (normal). Comparando com os dados que obtivemos, podemos verificar que as recomendações estabelecidas são, em linhas gerais, respeitadas. Apenas as marcações de consultas prioritárias excederam em média quatro dias o tempo recomendado pela portaria, mas as consultas consideradas de prioridade normal obtiveram uma média de tempo de espera aceitável e muito inferior ao limite máximo recomenda-

do. Verificou-se assim a prontidão e agilidade com que se tenta responder aos pedidos de consulta dos CSP.

Mais estranhos nos parecem os dados que apontam para que 44.8% dos doentes referenciados não compareceram de todo à primeira consulta marcada, dados que não vêm concordar totalmente com trabalhos anteriores. Nomeadamente, Barreiro descreveu que 64% das consultas referenciadas aos CSS haviam sido efectivadas⁸, e Janeiro *et al.* descreveram 68% de efetivação⁹. Ambos os trabalhos referidos abrangiam as referências a várias especialidades hospitalares, enquanto o presente estudo remete-se apenas às referências à especialidade de psiquiatria, o que talvez possa explicar esta baixa taxa de comparência. Como verificaram Oliveira *et al.*¹⁰, existe ainda um estigma, uma discriminação relativamente à doença mental comparativamente com outras áreas da medicina, razões que podem levar o doente a não comparecer à primeira consulta, evitando assim essa discriminação e o “rótulo” que porventura lhe é atribuído. Outra razão a ser apontada poderá ser a distância geográfica, já que o distrito da Guarda tem uma área muito abrangente e as comunicações, nomeadamente a rede de transportes públicos, não permitem muitas vezes que o doente se desloque em horário conveniente para estar presente na sua consulta. Também as dificuldades económicas geradas pelo panorama social geral e mais especificamente pelas peculiaridades do distrito em que muitas famílias dependem ainda do sustento económico imprevisível do sector primário podem ser apontados como argumentos explicativos. Além disso, o siste-

ma de notificação de consulta é em si falível. Os doentes são notificados por correio simples, por vezes em moradas desactualizadas, outros serão analfabetos e com fraco apoio social, outros ainda sem capacidade de compreensão. Contudo, não podemos com este estudo apontar taxas de desistência, por escassez de dados. Alguma da bibliografia consultada aponta para taxas de falta/desistência entre os 8% e os 15%^{3,9}. Seria interessante realizar outro estudo onde tentássemos encontrar as justificações para esta baixa taxa de efetivação da primeira consulta, em vez de apenas especular.

O objectivo principal deste trabalho passou por estudar e classificar a qualidade das referências vindas dos CSP. Os dados que obtivemos revelam uma realidade em que a percentagem de referências consideradas “má” (32.5%) em muito superou a percentagem de referências consideradas “boa” (25.2%), e que a maioria (42.3%) se situou apenas na categoria de “aceitável”. Apesar de, como refere Araújo *et al.*⁷, não existirem critérios validados para a classificação de cartas de referência, o sistema que aplicámos foi já utilizado em vários outros estudos, com melhores resultados que os que aqui apresentamos. Os estudos a que nos referimos descreveram percentagens de “boa” referência entre os 9,5% e 20,6% e de “má” qualidade entre os 20,5% e os 60%⁷. Ora, esta questão da qualidade e pertinência da informação que transmitimos nas referências ganha, na nossa perspectiva, suma importância quando referenciamos um doente a uma unidade de psiquiatria. Isto porque o MF deve ser aquele que detém a informação essencial em rela-

ção ao referenciado. Deve conhecer o doente, a sua família e os seus apoios sociais, as condições de habitabilidade da sua residência, o seu nível de escolaridade, tipo de profissão e fontes de ansiedade. Todos estes dados que rodeiam a pessoa são extremamente importantes numa avaliação psiquiátrica e por essa razão parece-nos relevante que seja o MF a evidenciar a informação de que dispõe e que se torna fundamental para proporcionar uma visão holística do indivíduo e permitir uma abordagem biopsicossocial.

Consideramos o presente estudo uma mais-valia pela escassez de dados e análises dos mesmos no que respeita à referenciação entre os níveis assistenciais e também pela amostra considerável estudada. O facto de ser um estudo transversal e retrospectivo implica que os dados que analisámos não foram influenciados pela nossa intervenção.

Como principais limitações devemos referir, à semelhança de Araújo *et al.*⁷, a subjetividade da avaliação e classificação das referenciações, uma vez que a referência escolhida nos acomete para uma classificação qualitativa e não quantitativa. Ainda assim, o facto de alguns dos estudos que visam esta temática terem utilizado a mesma escala lhes confira já certo termo de comparação. No nosso entender, o facto de apenas um dos investigadores ter executado a classificação atribui-lhe menor subjetividade e também maior homogeneidade. Relativamente à classificação dos motivos de referenciação, a subjetividade é inerente à interpretação que o investigador fez da carta de referenciação apesar de controlada pelas definições associadas à classificação internacional ICPC-2.

Temos, com estes dados, a prova de que muito há a fazer com o intuito de melhorar a comunicação entre médicos, elemento fundamental e indissociável da qualidade dos serviços prestados no SNS. A adequação e a melhoria da qualidade da referenciação e da comunicação interpares podem em muito melhorar o nível assistencial, diminuir o tempo das listas de espera e, em suma, oferecer um melhor serviço aos utentes, objetivo último da nossa prática.

Algumas das soluções que nos parecem relevantes podem passar pela devolução fundamentada de referenciações com “má” qualidade, pela criação e imposição prática de protocolos de referenciação, pela sensibilização e formação orientada dos profissionais, pela actualização/confirmação dos dados pessoais dos utentes assim como a confirmação telefónica da convocatória da consulta. Também as reuniões inter-institucionais são úteis no sentido de implicar maior participação e mobilização dos recursos locais, menor necessidade de deslocação das famílias para as consultas, diminuição das listas de espera e altas mais precoces¹¹.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Caldas de Almeida J, Xavier M Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2013 1:24-8.
2. Direção Geral de Saúde. Portugal: Saúde Mental em Números. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2014.
3. Ponte C, Moura B, Cerejo A, Braga R, Marques I, Teixeira A, *et al.* Referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários. *Rev Port Clin Geral.* 2006; 22: 555-68.
4. Irazábal L, Gutiérrez B. Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario?. *Aten Primaria.* 1996; 17(6):376-81.
5. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam.* 1995;1(3):132-40.
6. Moreno–Martínez F, Casals-Sanchez JL, Sanchez-Ribas JM, Rivera Irigoien R, Vásquez Sanchez MA. Documento de Interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre atención primaria y especializada. *Semergen.* 2008; 34 (5): 218-23.
7. Araújo M, Gomes E, Fernandes M, Borges S, Melo S, Romão B, *et al.* 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. *Rev Port Med Geral Fam.* 2015; 31:38-45.
8. Barreiro S. Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários. *Rev Port Clin Geral.* 2005; 21:545-53.
9. Janeiro M. Acesso aos cuidados de saúde secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral.* 2001; 17: 193-207.
10. Oliveira A, Azevedo S. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014; 30 (4): 227-234.
11. Monteiro L, Carril C, Santos V, Borisushkin S, Correia C, Ferreira C, *et al.* Criando elos. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:418-23.
12. Santos MI, Coelho I, Rosário F, Machado P, Nery L, Ribeiro J, *et al.* Referenciação aos cuidados de saúde secundários em idade pediátrica. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27:422-32.
13. 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. *Aten Primaria.* 2000; 26 (10): 681-4.