

Qualidade da Informação Contida nas Referenciações dos Cuidados de Saúde Primários para a Consulta de Psiquiatria

Quality of Referrals Information from Primary Health Care to a Psychiatric Consultation

Marta Lopes*, Teresa Alves dos Reis**, Jorge Lorga Ramos***, José Palma Góis****

RESUMO

Introdução: Em Portugal, os médicos de família são a principal fonte de referência de casos para os serviços de saúde mental. A qualidade da referência pode ter consequências, tanto para o médico de medicina geral e familiar que referencia o utente, como para o psiquiatra que o irá receber, e sobretudo para o utente referenciado.

Objetivos: Avaliar a qualidade da informação contida nas cartas de referência das unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central para a consulta de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE); determinar a frequência dos grandes grupos de perturbações psiquiátricas apontados como hipóteses diagnósticas na referência.

Métodos: Estudo observacional descritivo transversal. Foram incluídas todas as refe-

renciações correspondentes ao período entre dezembro de 2013 e maio de 2014. Os documentos de referência foram analisados em termos de estrutura e conteúdo, tendo em conta os critérios de referência descritos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Foi determinada a frequência dos grandes grupos de perturbações psiquiátricas, definidos no manual de codificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM5), apontadas como hipóteses diagnósticas na referência.

Resultados: Das 245 cartas de referência analisadas, 220 foram incluídas no estudo. Apenas 2,27% das referências tinham os onze campos definidos na plataforma *Alert P1*[®] (Alert Life Sciences Computing) devidamente preenchidos. Em 35% das referências não foi identificado qualquer critério que justificasse o encaminhamento. A falência terapêutica constituiu o critério mais apon-

* Unidade de Saúde Familiar Remo (Reguengos de Monsaraz - Évora), Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central; ✉ lopes.marta10@gmail.com.

** NOVA Medical School/Faculdade Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital do Espírito Santo (Évora).

*** Unidade de Saúde Familiar Planície (Évora), Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central.

**** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital do Espírito Santo (Évora).

Recebido / Received: 04/02/2016 • Aceite / Accepted: 02/12/2017.

tado, estando presente em 30,91% das cartas de referência. Os quadros depressivos e ansiosos são os mais referenciados à consulta de psiquiatria.

Conclusões: Os resultados evidenciaram a importância de sensibilizar os Médicos de Família para um correto e completo preenchimento do guia de referência da plataforma Alert P1®. É imperiosa a necessidade de definir e implementar critérios de referência em Portugal que possibilitem uma melhoria da comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários no âmbito da Saúde Mental.

Palavras-Chave: Referência; Cuidados de Saúde Primários; Consulta de Psiquiatria.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, primary health care doctors are the main source of referral cases to secondary mental health services. The quality of referral may have consequences for the primary health care doctor, for the psychiatrist who will receive it, and especially to the referenced user.

Objectives: To assess the quality of referral letters from primary health care units in Alentejo (ACES Alentejo Central) to a psychiatric outpatient service at the Hospital do Espírito Santo in Évora (HESE); to determine the prevalence of the psychiatric disorders identified as diagnostic hypotheses in the referral.

Methods: Cross-sectional observational study. All referrals from December 2013 and May 2014 were included. Referral letters were analyzed in terms of structure,

considering each of the fields defined in the Alert P1® platform and in terms of content, taking into account the referral criteria described by the World Health Organization (WHO). The prevalence of the psychiatric disorders identified as diagnostic hypotheses for referral were determined, using the criteria of the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5).

Results: Of the 245 referrals analyzed, 220 were included in the study. Only 2.27% of referrals had all the eleven fields defined in the Alert P1® platform completed. 35% of referrals did not identify any criteria to justify the referral for psychiatry consultation. Treatment failure was the most frequent referral criterion, present in 30.91% of cases. Depressive and anxious disorders were the most referred to the psychiatric outpatient service.

Conclusions: The results highlighted the importance of raising awareness amongst general practitioners, for a correct and complete filling-out of referral guide Alert P1® platform referral guide. It is imperative to define and implement referral criteria in Portugal to enable improved communication between primary and secondary Mental Health Care.

Key-Words: Referral; Primary Health Care; Psychiatric Consultation.

INTRODUÇÃO

As perturbações psiquiátricas são atualmente consideradas um problema mundial e afetam

todos os países, sociedades e grupos etários, com elevados custos socioeconómicos¹.

Durante demasiado tempo as perturbações psiquiátricas foram largamente ignoradas no âmbito dos esforços desenvolvidos para reforçar os cuidados de saúde primários (CSP). Porém, nos últimos anos, a integração da saúde mental nos CSP afigurou-se como a maneira mais viável de reduzir o défice de tratamento e garantir que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental de que necessitam².

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas já constam dos motivos de consulta mais frequentes nos CSP, com uma prevalência global entre 19% e 59%. Metade destes casos são acompanhados exclusivamente pelo médico de família, o qual, ao cuidar do utente inserido numa família e numa comunidade, encontra-se numa posição privilegiada para identificar e tratar utentes com patologia psiquiátrica^{3,4}. Assume-se como necessidade objetiva que o médico de família tome a seu cargo a maioria destes utentes e proceda à referência criteriosa dum minoria verdadeiramente necessitada de cuidados mais especializados^{5,6}. Segundo o modelo de Goldberg e Huxley, da comunidade ao internamento hospitalar, o utente tem de atravessar diversos filtros, passando por diferentes níveis de cuidados de saúde mental, devendo os primeiros ser ao nível dos CSP⁵⁻⁸.

Os médicos de família são a principal fonte de referência de casos para os serviços de saúde mental nos países com uma rede de CSP bem desenvolvida⁹. Assim, torna-se essencial que os profissionais de CSP estejam adequadamente preparados e sejam eficazmente apoiados no seu trabalho em saúde mental.

Determinadas competências são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar e referenciar estes utentes para os cuidados de saúde secundários e terciários na área da saúde mental^{2,10}. Os médicos de família devem ainda utilizar de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados com outros profissionais e gerir a interface com outras especialidades^{11,12}.

A qualidade dos cuidados de saúde é fortemente influenciada pela comunicação eficiente entre os diferentes níveis de cuidados^{6,13}. De forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde, é necessário que os canais de comunicação entre cuidados primários e secundários funcionem eficazmente, o que representa uma importante expressão da qualidade da assistência prestada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) e garante um trabalho integrado, mais coeso e eficiente^{12,14-21}.

A qualidade da informação contida nos documentos de referência tem sido apontada como um possível obstáculo a uma boa comunicação^{12,22-24}. A má qualidade da referência pode ter consequências negativas, tanto para o médico de medicina geral e familiar que referencia o utente como para o psiquiatra que o irá receber, mas será sobretudo o utente o principal prejudicado por uma má referência⁶.

O documento de referência é um instrumento fundamental para assegurar a comunicação eficaz e a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis assistenciais. O aumento dos custos em saúde e as baixas taxas de satisfação, quer dos profissionais quer dos utentes, com os cuidados de saúde mental podem ser devidos à referência ineficaz²⁵.

Em Portugal, um novo programa de referênciação *on-line* foi implementado em todas as unidades de CSP. O programa “Consulta a Tempo e Horas” através da plataforma informática *Alert*[®] (*Alert Life Sciences Computing*) permite aos médicos de família encaminhar para os cuidados de saúde secundários os utentes que, face à especificidade da sua patologia ou necessidade de esclarecimento diagnóstico, necessitem de uma abordagem mais especializada²⁶. Este programa apresenta um modelo homogéneo de referênciação (conhecido como documento de referênciação *Alert P1*[®], *Alert Life Sciences Computing*), que é constituído por diferentes campos de preenchimento, onde deve ser colocada toda a informação clínica relevante do utente. Este documento deve ser completamente preenchido pelo médico de família e enviado para a consulta de especialidade do hospital de referência.

Um aspeto que tem sido apontado como fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados é a existência de procedimentos documentados e datados sobre como fazer referenciações de rotina e o conteúdo a incluir nas cartas de referênciação²⁴. Em Portugal, na área da psiquiatria, não existem normas de orientação clínica que definam critérios de referênciação dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde secundários/terciários. Um estudo recente mostrou que esta lacuna é considerada por médicos de medicina geral e familiar como uma barreira para fornecer um serviço de qualidade aos utentes com patologia mental⁴.

A avaliação da qualidade da informação contida nas cartas de referênciação dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde

de secundários poderá ajudar os médicos a identificar os aspetos que necessitam de ser melhorados, a fim de otimizar o processo de referênciação.

Este trabalho tem como objetivo principal avaliar a qualidade da informação contida nos documentos de referênciação das unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central para a consulta de psiquiatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) entre dezembro de 2013 e maio de 2014. Como objetivo secundário, pretende-se determinar a frequência dos grandes grupos de perturbações psiquiátricas apontados como hipóteses diagnósticas na referênciação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal que decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do HESE, entre Julho e Dezembro de 2014.

Foi utilizada uma amostra de conveniência composta por todas as cartas de referênciação para a consulta de Psiquiatria recebidas pelo DPSM do HESE realizadas através da plataforma informática *Alert P1*[®] (sistema eletrónico de referênciação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar) e provenientes de unidades de CSP pertencentes ao ACES do Alentejo Central no período indicado. Foram excluídas as referenciações efetuadas para a consulta de psiquiatria que se destinavam à consulta de psicologia, as provenientes de unidades de CSP fora do ACES Alentejo Central e as referenciações repetidas.

Os documentos de referênciação foram analisados em termos de estrutura e conteúdo, tendo-se utilizado variáveis binárias de ava-

liação global da qualidade das referências dirigidas para a consulta de psiquiatria. As variáveis escolhidas para avaliar a estrutura das referências corresponderam aos campos de preenchimento definidos no guia de referência da plataforma *Alert P1*[®]: identificação do utente; origem da referência; data da referência; identificação do referenciador; justificação da referência; história da doença atual; data de início do problema; medicação habitual; antecedentes pessoais; exames complementares de diagnóstico realizados; e hipótese diagnóstica. Na ausência de critérios de referência nacionais, as variáveis escolhidas para avaliar o conteúdo das referências corresponderam aos critérios de referência definidos no Reino Unido (*National Mental Health Framework*) e descritos pela Organização Mundial de Saúde (OMS): ideação suicida; incapacidade de realização das atividades de vida diárias (AVDs); relação terapêutica comprometida; necessidade do médico de família; falência terapêutica; deterioração física grave; necessidade de medicação psicotrópica; e casos particulares de doenças psiquiátricas². Cada um dos itens foi incluído numa lista de verificação e as referências foram marcadas usando a lista de verificação como “tem” ou “não tem” a informação, tendo sido atribuído um valor de *score* igual a 1 a cada item codificado como “tem” e um *score* igual a 0 a cada item codificado como “não tem”. Para cada referência foram somados os valores atribuídos a cada item da estrutura e do conteúdo, correspondendo a soma a um *score* global para a estrutura e a um *score* global para o conteúdo. A avaliação global da estrutura foi considerada “adequa-

da” se todos os itens estavam presentes e considerada “inadequada” se pelo menos um dos itens estava em falta. A avaliação global do conteúdo foi considerada “adequada” se pelo menos um dos itens estava presente e considerada “inadequada” se nenhum dos itens estava presente.

Para ir de encontro ao objetivo secundário deste estudo, nos documentos de referência da plataforma *Alert P1*[®] analisados cujo campo “hipótese diagnóstica” estava preenchido, foi determinada a frequência dos grandes grupos de perturbações psiquiátricas, fazendo-se corresponder cada uma das hipóteses diagnósticas a um dos grandes grupos de perturbações psiquiátricas definidos no manual de codificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM5)*²⁷.

A análise de todas as referências foi realizada em simultâneo por dois dos autores do estudo, tendo sido revista num segundo momento pelos mesmos investigadores.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado recorrendo a estatística descritiva, tendo como base a distribuição de frequências e as medidas de tendência central, através do programa informático Excel[®] (Microsoft).

O protocolo do estudo foi aprovado por unanimidade pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), cujo Parecer n.º15/2014 foi emitido no dia 4 de novembro de 2014. Previamente, o protocolo foi igualmente aprovado pelo Diretor de Serviço do DPSM do HESE e pela Presidente do Conselho Clínico do ACES do Alentejo Central.

RESULTADOS

Entre dezembro de 2013 e maio de 2014 o DPSM do HESE recebeu 245 referências destinadas à consulta de Psiquiatria através da plataforma informática *Alert P1*[®], das quais 220 foram incluídas no estudo.

Em relação à qualidade da informação contida nas cartas de referência, em termos de estrutura apenas os campos “identificação do

utente”, “origem da referência”, “data da referência” e “identificação do referenciador” estavam preenchidos em todas as referências, sendo o campo relativo aos “exames complementares de diagnóstico realizados” o mais omissivo (quadro I). Apenas 2,3% das referências foram consideradas adequadas em termos de estrutura, por terem os onze campos definidos na plataforma *Alert P1*[®] devidamente preenchidos (figura 1).

QUADRO I. Número de referências que apresentam cada campo da plataforma *Alert P1*[®] devidamente preenchido.

| Campos de preenchimentos da plataforma <i>Alert P1</i> [®] | Referências com o campo adequadamente preenchido | |
|---|--|------|
| | N | % |
| Identificação do utente | 220 | 100 |
| Origem da referência | 220 | 100 |
| Data da referência | 220 | 100 |
| Identificação do referenciador | 220 | 100 |
| Justificação da referência | 210 | 95,5 |
| História da doença atual | 119 | 54,1 |
| Data de início do problema | 65 | 29,5 |
| Medicação habitual | 89 | 40,5 |
| Antecedentes pessoais | 84 | 38,2 |
| Exames complementares de diagnóstico | 21 | 9,5 |
| Hipótese diagnóstica | 185 | 84,1 |

Relativamente ao conteúdo, em 35,0% das cartas de referência não foi identificado qualquer critério que justificasse o encaminhamento para a consulta de Psiquiatria, porém apenas oito destas referências fo-

ram recusadas pelo DPSM do HESE. Das 143 referências consideradas adequadas em termos de conteúdo, 72 apresentavam apenas um critério que justificasse a referência, 54 apresentavam dois critérios, 15 incluíam

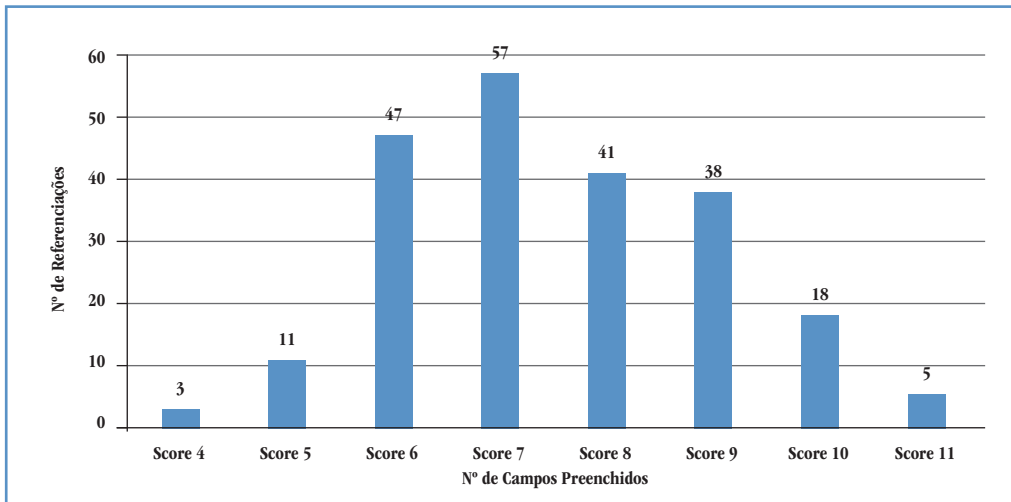


Figura 1. Distribuição das referenciações em função do número de campos da plataforma informática Alert PI® devidamente preenchidos.

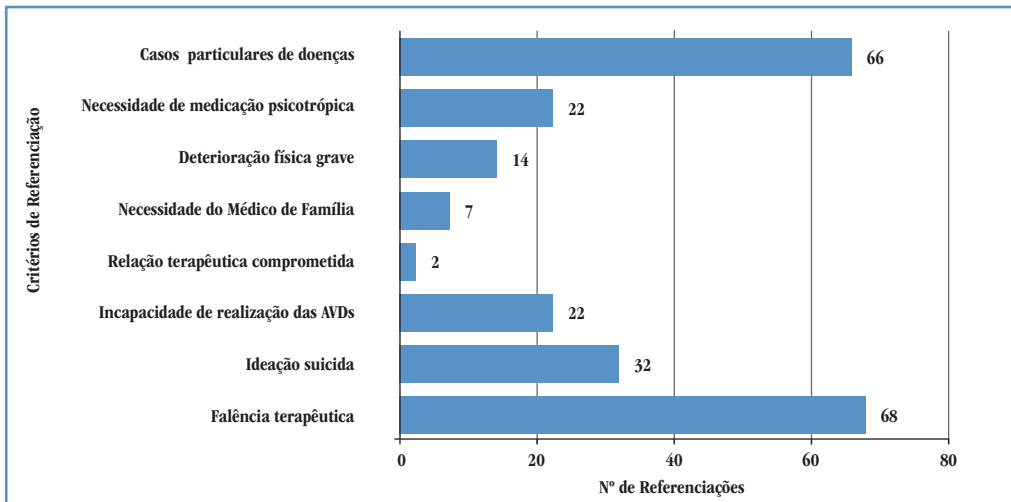


Figura 2. Número de referenciações que apresentava cada um dos critérios de referência definidos no Reino Unido (*National Mental Health Framework*) e descritos pela OMS.

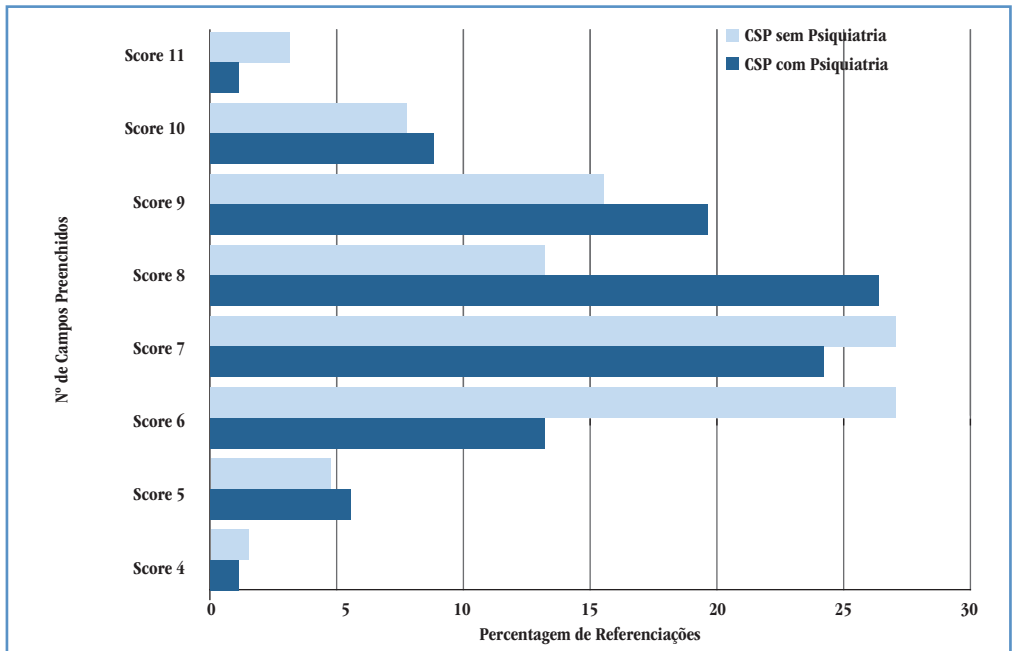


Figura 3. Distribuição percentual das referências recebidas das unidades de CSP sem psiquiatria vs. unidades de CSP com psiquiatria em função do número de campos da plataforma informática *Alert PI®* devidamente preenchidos.

três critérios e em dois estavam descritos quatro critérios de referência. A “falência terapêutica” constituiu o critério mais apontado, estando presente em 30,9% das referências (figura 2).

Uma vez que alguns psiquiatras do DPSM do HESE se deslocam a 8 das 18 unidades de CSP do ACES Alentejo Central para realizar no local consultas de psiquiatria, analisou-se a qualidade da informação das cartas de referência nas unidades de CSP com e sem psiquiatria. Foram recebidas 91 referências das unidades de CSP com psiquiatria e

129 referências das unidades de CSP sem psiquiatria. Relativamente à estrutura, em termos percentuais, nas unidades de CSP com psiquiatria 1,1% das referências foram adequadas, enquanto nas unidades de CSP sem psiquiatria foram adequadas 3,1% das referências (figura 3). Em termos de conteúdo, foram consideradas adequadas 69,2% das referências provenientes de unidades de CSP com psiquiatria, face a 62,0% das provenientes de unidades de CSP sem psiquiatria.

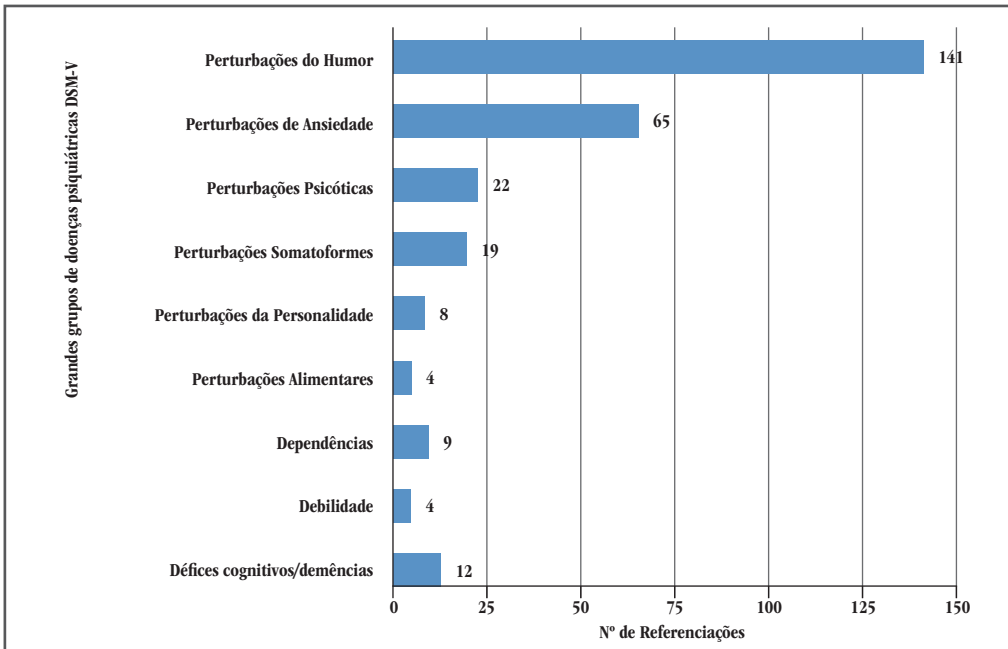


Figura 4. Número de referências que apresentava no campo “hipótese diagnóstica” da plataforma *Alert PI*[®] cada um dos grandes grupos de doenças psiquiátricas definidos no manual de DSM5.

Em 185 dos 220 documentos de referência analisados, o campo “hipótese diagnóstica” da plataforma *Alert PI*[®] estava preenchido, sendo que as “perturbações de humor” e as “perturbações de ansiedade” foram os grandes grupos de doenças psiquiátricas, definidos no manual de DSM5²⁷, mais apontadas como hipóteses diagnósticas, correspondendo a 76,2% e 34,1% das referências, respetivamente (de salientar que em cada referência podia ser apontada mais do que uma hipótese de diagnóstico) (figura 4).

DISCUSSÃO

Embora nos últimos anos se tenha constatado uma crescente preocupação com a comunicação entre os diferentes níveis de cuidados, enquanto fator de qualidade dos cuidados de saúde prestados^{6,13}, são muito escassos os estudos que avaliam de forma quantitativa a qualidade das referências.

Relativamente à qualidade das referências em termos de estrutura, não foram encontrados critérios nacionais ou internacionais validados para avaliar este parâmetro. Assim, embora os investigadores tenham adotado um

sistema de avaliação quantitativo, tendo por base os campos de preenchimento definidos no guia de referenciação da plataforma *Alert P1*[®], utilizada a nível nacional, não existe qualquer validação deste sistema de avaliação. Adicionalmente, não foram encontrados outros estudos que utilizassem os mesmos parâmetros de avaliação, pelo que não poderão ser efetuadas comparações fidedignas de resultados.

Encontraram-se grandes falhas no preenchimento dos campos definidos no guia de referenciação da plataforma *Alert P1*[®], com apenas 2,3% das referenciações a apresentarem os onze campos devidamente preenchidos. A maioria das referenciações foi, assim, considerada inadequada em termos de estrutura, o que demonstra uma má qualidade da informação contida nas referenciações, já descrita em estudos anteriores^{6,7,13,28,29}. Informações fundamentais como “antecedente pessoais”, “medicação habitual”, “meios complementares realizados” e “duração das queixas” foram as mais omissas. Estes dados estão de acordo com os resultados relatados no estudo de Struwig *et al*⁶, em que menos de um terço das cartas de referenciação apresentava os antecedentes pessoais dos utentes, apenas 16,7% das cartas mencionavam a medicação habitual e apenas 15,2% descreviam os exames complementares de diagnóstico. Dados também corroborados pelo estudo de Culshaw *et al*³⁰.

Também à semelhança do estudo de Struwig *et al*⁶, foi ao nível dos campos “história da doença atual”, “justificação da referenciação” e “hipótese diagnóstica” que se encontraram resultados mais satisfatórios.

Contrariamente aos restantes estudos analisados^{6,7,28,30}, em que os dados referentes à identificação tanto do utente como do médico referenciador apresentavam também grandes falhas, neste estudo os campos “identificação do utente”, “origem da referenciação”, “data da referenciação” e “identificação do referenciador” estavam preenchidos em todas as referenciações, uma vez que através da plataforma *Alert P1*[®] são de preenchimento automático pelo sistema informático. De igual modo, o problema da legibilidade das cartas de referenciação não se colocou neste estudo, ao contrário de outros publicados^{6,7,14,24,28,30}, pois apenas foram analisadas referenciações efetuadas informativamente, constituindo um dos critérios para inclusão no estudo.

Os aspetos acima descritos mostram as melhorias conseguidas com a informatização das referenciações, pois os problemas de legibilidade das cartas e as falhas na identificação tanto do utente como do médico referenciador foram suprimidas. Porém, os problemas ao nível da correta descrição da história clínica do utente parecem ter apresentado poucas melhorias. Embora alguns estudos salientem a importância de uma carta de referenciação estruturada e padronizada na redução da variabilidade na quantidade e qualidade das informações fornecidas²⁸, também o estudo de Struwig *et al*⁶ não encontrou diferenças significativas nas informações fornecidas no formulário padronizado comparativamente às referenciações informais. No entanto, este estudo recomenda a implementação de um formulário de referenciação padronizado especificamente projetado para a especialidade de psiquiatria⁶,

em vez de um formulário comum a todas as especialidades, como é o caso da plataforma *Alert PI*[®].

Em relação ao conteúdo, de acordo com os critérios de referenciação definidos no Reino Unido (*National Mental Health Framework*) e descritos pela OMS², em 35,0% das referenciações não foi identificado qualquer critério que justificasse o encaminhamento para a consulta de Psiquiatria, o que poderá ser justificado pela inexistência de critérios de referenciação nacionais. Vários estudos têm apontado a necessidade de criação de critérios de referenciação, sendo estes critérios considerados como um fator facilitador da abordagem da patologia psiquiátrica^{4,31,32}.

Nas 143 referenciações consideradas adequadas em termos de conteúdo, foram apresentados em média 1,6 critérios por referenciação, sendo que a “falência terapêutica” constituiu o critério de referenciação mais apontado, estando presente em 30,9% das referenciações. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Forrest *et al*³³, em que cada médico apresentou em média 1,8 razões para referenciar, tendo sido o motivo mais frequente o aconselhamento sobre tratamento.

Apesar das grandes falhas identificadas na referenciação, apenas 3,6% das referenciações analisadas foram recusadas pelo DPSM do HESE, um valor semelhante ao encontrado pelo estudo de Ponte *et al*²⁴ que indica uma percentagem de recusa de referenciações pelos cuidados de saúde secundários de 2,1%.

Ao se compararem as referenciações provenientes de unidades de CSP com psiquiatria com as referenciações das unidades de CSP

sem psiquiatria, não se constata grandes diferenças na qualidade da informação das referenciações, tanto em termos de estrutura como de conteúdo. Assim não parece que a presença de um psiquiatra numa unidade de CSP influencie a qualidade da informação contida nas cartas de referenciação, talvez pelo facto das consultas de psiquiatria serem realizadas de uma forma independente das restantes atividades destas unidades de CSP, partilhando apenas o mesmo espaço e minimizando as deslocações dos utentes. Eventualmente as atividades de consultadoria, com realização de reuniões periódicas entre psiquiatras e médicos de família, poderiam melhorar a qualidade da informação das referenciações, ao permitir um maior contacto entre os diferentes níveis de cuidados e a consequente discussão de casos clínicos e esclarecimento de dúvidas. Estes são aspetos apontados por vários estudos^{4,31}, sendo que no estudo de Silva *et al*, 93% dos médicos de família salientaram a importância da melhoria da interação com o serviço de psiquiatria, a qual deveria ser realizada preferencialmente através de reuniões periódicas⁴.

Nos documentos de referenciação analisados que tinham o campo “hipótese diagnóstica” da plataforma *Alert PI*[®] preenchido, as “perturbações de humor” e as “perturbações de ansiedade” foram os grandes grupos de doenças psiquiátricas, definidos no manual de DSM5²⁷, mais apontados pelos médicos de família como hipóteses diagnósticas. Estes dados vão de encontro ao Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório³⁴ que mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da

população portuguesa, com um predomínio das perturbações da ansiedade (16,5%) e das perturbações depressivas (7,9%). A maior referência de “perturbações de humor” em vez das “perturbações de ansiedade”, que são as mais prevalentes na população, talvez possa ser explicada pela maior facilidade de abordagem terapêutica das segundas ao nível dos CSP, sem necessidade de recurso à referência.

Numa análise final deste estudo destacam-se como pontos fortes os seguintes aspetos: tanto os médicos de família como os psiquiatras não terem tido conhecimento da intenção de avaliação das referenciações, não tendo havido interferência no seu comportamento de referência; a análise de todas as referenciações ter sido realizada em simultâneo por dois dos autores do estudo, tendo sido revista num segundo momento pelos mesmos investigadores; a análise das cartas de referência ter sido efetuada de forma quantitativa, segundo escalas de pontuação adotadas pelos investigadores.

Como limitações ao estudo apontam-se: a utilização de uma amostra de conveniência não aleatorizada; a não utilização de escalas de avaliação previamente validadas; a possibilidade de existência de um viés de informação pela subjetividade na análise das cartas de referência. Este estudo não avaliou o tempo de espera entre a referência e a marcação da consulta, nem a qualidade da informação de retorno do psiquiatra para o médico de família após observação do utente, fatores frequentemente apontados como possíveis obstáculos a uma boa comunicação entre diferentes níveis de cuidados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam a importância da sensibilização dos médicos de família para um correto e completo preenchimento dos campos definidos no guia de referência da plataforma *Alert PI*[®]. A adequação e a qualidade da informação contida nos documentos de referência são dois pontos que podem ser melhorados.

É imperiosa a necessidade de definir e implementar critérios de referência específicos e consensuais em Portugal, que possibilitem uma melhoria da comunicação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários no âmbito da Saúde Mental. A criação e a distribuição de protocolos de referência elaborados pelos serviços de psiquiatria com os CSP poderiam ser uma mais-valia para melhorar a referência a essa especialidade, assim como a existência de consultorias periódicas nas unidades de saúde de cada ACES, que também poderão constituir uma ferramenta eficiente para colmatar as falhas ainda existentes, no sentido da melhoria da qualidade das cartas de referência. O contacto institucional através de telefone entre os cuidados primários e os secundários seria outra possibilidade a considerar, pois frequentemente as referenciações traduzem dúvidas sobre a orientação clínica a tomar e não necessitam da observação direta do utente³⁵, pelo que o contacto indireto entre o médico de família e o psiquiatra poderia reduzir o número de referenciações, consequentemente diminuiria o tempo de espera para a consulta e aumentaria as informações clínicas de retorno¹³.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

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

The authors declared no competing interests exist.

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. Direcção Geral de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: nova conceção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001:17-27.
2. World Health Organization/World Organization of National Colleges, Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization; 2008:15-42.
3. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde em Portugal 2007-2016. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal; 2006:12-51.
4. Silva A, Nogueira A, Campos R, Martins S. Saúde Mental: obstáculos e expectativas sentidos pelo médico de família. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013; 29:298-306.
5. Teixeira J, Cabral A. Patologia psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24:567-74.
6. Struwig W, Pretorius J. Quality of psychiatric referrals to secondary-level care. *S Afr J Psychiatr.* 2009; 15(2): 33-36.
7. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW Jr, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics.* 2000; 41(3): 245-52.
8. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. *Psychological Medicine.* 1980; 11(3): 654-5.
9. Sarmento C. Referenciar um utente: Quem, Como, Quando e Porquê? – Psiquiatria de Ligação com os Cuidados de Saúde Primários. *Acta Med Port.* 1997; 10: 339-344.
10. Cape J, Morris E, Burd M, Buszewicz M. Complexity of GPs' explanations about mental health problems: development, reliability, and validity of a measure. *Br J Gen Pract* 2008; 58(551): 403–410.
11. Jordão JG. A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [Dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1995.
12. 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.
13. Barreiro S. Referenciação e comunicação entre cuidados primários e secundários. *Rev Port Clin Geral.* 2005; 21(6):545-53.
14. Rubio AV, Rodríguez ML, Sampedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asisten-

- ciales mediante el documento interconsulta. *Aten Primaria*. 2000; 26(10): 681-4.
15. Huertas I, Pereiró J, Sanfélix J, Rodríguez R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria*. 1996;17(5):317-20.
 16. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996; 17(6): 376-81.
 17. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam* 1991; 1(3): 132-40.
 18. Delgado A, Melquizo M, Guerrero J, Arboledas A, Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Primaria*. 1989;5:359-64.
 19. Anderson MA, Helms LB. Comparison of continuing care communication. *Image J Nurs Sch*. 1998; 30(3): 255-60.
 20. García AM, Odriozola G. Evaluación de la calidad de comunicación entre Atención Primaria y Ginecología de segundo nivel. *Centro de Salud*. 2001; 9(10): 628-30.
 21. 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(3):193-207.
 22. Comin E, Barrio C, Borrel F, Mellorqui C, Esteban C. Información contenida en los volantes de interconsulta en asistencia primaria. *Aten Primaria*. 1985;2(2):120.
 23. Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1993;11(8):48-57.
 24. 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(5):555-68.
 25. Shaw I, Smith KM, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qual Health Res*. 2005; 15(1): 116-128.
 26. Portaria nº 1.529/2008, de 26 de Dezembro. *Diário da República*. 1ª série (249).
 27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Man Mag, 2003.
 28. Burbach FR. GP referral letters to a community mental health team: an analysis of the quality and quantity of information. *Int J Health Care Qual Assur*. 1997; 10(2): 67-72.
 29. EGPRW. *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*. RCGP Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners; 1992:15-28.
 30. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioners' referral letters to general adult psychiatry – are physical examination and investigation results included? *Scott Med J*. 2008; 53(1): 7-8.
 31. Lennox N, Diggins J, Ugoni A. The General Practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *J Intellect Disabil Res* 1997 Oct; 41 (Pt 5): 380-90.
 32. Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, van Marwijk H, Penninx B, et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Med Care*. 2010; 48 (3): 240-8.
 33. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions: re-

- sults from the ASPN referral study. *J Fam Pract.* 2002; 51 (3): 215-22.
34. Caldas de Almeida, JM, Xavier M. et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2013:26-29.
35. Tso A, Harris L, Littlewood T. Are written responses to some referrals to a general haematology clinic acceptable? *BMJ.* 2004; 329 (7472): 946-947.