

Inquérito de morbidade de serviço de primeiro atendimento ambulatorial em hospital universitário

Investigation on morbidity in an admission department in a university hospital

Rita de Cássia N da S. Salvio¹

Maurílio P. C. Salek²

Antônio E. Goicochea³

Rosimere J. Teixeira⁴

Maria Inez Padula Anderson⁵

Resumo

A Atenção Primária à Saúde representa a porta de entrada do sistema de saúde, mas existem barreiras que muitas vezes bloqueiam seu acesso. Nosso objetivo foi analisar o perfil nosológico, a procedência e o motivo dos encaminhamentos dos pacientes atendidos em serviço de Primeiro Atendimento Ambulatorial (PAMI). Foi aplicado questionário a 252 pacientes, sendo avaliados: idade, sexo, local de moradia, motivo e origem do encaminhamento, destino dado e impressão diagnóstica (ICPC2). A maioria eram mulheres, entre 45 e 64 anos, 25% provenientes de outros municípios. Os encaminhamentos eram do HUPE (33%), mas metade dos pacientes não tinha acompanhamento regular. Os diagnósticos mais comuns foram dos sistemas circulatório e endócrino-metabólico, passíveis de acompanhamento nos níveis primário e secundário de atenção. Os resultados sugerem a desorganização do sistema de saúde em nosso município e estado, em particular da APS. Por meio deste trabalho, pode-se ter uma visão da porta de entrada no município do Rio de Janeiro e, também, do estado do Rio de Janeiro, demonstrando a necessidade de ações visando à reorganização da mesma, no nível da rede municipal e estadual de saúde.

Abstract

Primary Care is the doorway to the health system but there are barriers, which often block the access. Our goal was to assess the disease profile, the origin and the reasons why patients were sent to Outpatient Primary Care services. 252 patients have answered questionnaires on the following points: age, sex, place of residence, the reason and the cause for having been sent to this kind of treatment, conclusions and diagnostic results (ICPC2). Most of them were women between 45 and 64 years of age, 25% came from other cities. Most of them were sent to this kind of treatment from the Pedro Ernesto University Hospital (33%), but half of the patients did not undergo regular medical treatment. The most common diagnoses were circulatory and endocrinal-metabolic problems, which could have been cared for in the primary and

Palavras-chave: Inquéritos de Morbidade; Atenção Primária de Saúde; Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes.

Key Words: *Surveys; Primary Health Care; Admitting Department; Hospital.*

¹Professor auxiliar, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

²Aluno, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³Professora visitante, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Professora adjunta, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵Professora adjunta e chefe do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

secondary levels of health care. The results suggest disorganization of the health system in our city and state, especially as far as primary care is concerned, and shows the need for actions aimed at reorganizing the system in both, in the city and in the state of Rio de Janeiro.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível do sistema que deve ser responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação de saúde para todos os indivíduos, de qualquer faixa etária, considerando o contexto familiar e a comunidade no qual estão inseridos. Para tanto, deve apresentar alto grau de resolutividade para os problemas de saúde mais prevalentes, apresentados em nível extra-hospitalar¹.

A Atenção Primária (AP) deve ser compreendida como uma estratégia para integrar todos os níveis de atenção e, por meio dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, facilitar o acesso do indivíduo aos recursos assistenciais de que necessita a cada momento^{2,3}.

Países que investem de forma séria e competente na APS – não por acaso, os mais desenvolvidos –, demonstram os melhores indicadores de saúde, o melhor nível de satisfação dos pacientes e a melhor relação custo-benefício dos recursos empregados⁴.

A APS representa a porta de entrada do sistema de saúde, portanto deveria ser o primeiro contato do paciente com o mesmo. Na prática, entretanto, existem barreiras que, não raro, são capazes de bloquear seu livre acesso: (a) maior demanda do que oferta de serviços de Atenção Primária; (b) acesso geográfico assim como sócio-organizacional desfavoráveis; (c) incapacidade resolutiva pela insuficiência de infraestrutura de apoio ao diagnóstico e tratamento e, em especial, (d) déficit de profissionais capacitados para atender às necessidades de saúde da população e as demandas decorrentes de Atenção Primária⁵.

Muitos desses problemas são agravados por uma noção equivocada a respeito da APS, que frequentemente é confundida com assistência simplificada para os pobres, uma espécie de atenção primitiva⁶, assistência básica no

sentido de tratar de doenças (supostamente) simples, com utilização de poucos recursos e improvisação de pessoal. Entretanto, a diversidade de situações e os problemas de saúde apresentados pelas pessoas e suas famílias no nível da APS são bastante complexos e exigem tecnologia específica, para que sejam abordados de forma resolutiva.

Neste contexto, torna-se estratégico para a organização da APS e aperfeiçoamento de programas assistenciais neste nível, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conhecer o perfil da demanda que procura a rede instalada, mormente nos campos da medicina ambulatorial e das unidades de cuidados primários. A identificação deste perfil é igualmente importante para a revisão de critérios de referência, de modo que os centros especializados de diagnóstico e tratamento, bem como a rede hospitalar, fiquem liberados para se dedicar aos problemas que realmente necessitem de intervenção especializada focal com emprego intensivo de tecnologias industrialmente produzidas.

O Primeiro Atendimento da Medicina Integral (PAMI) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) constitui a porta de entrada dos ambulatórios do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF), funcionando muitas vezes também como porta de entrada dos pacientes para outros serviços ambulatoriais e hospitalares do HUPE. Os pacientes são atendidos mediante algum tipo de encaminhamento médico, seja interno ou externo, e, a partir daí, são avaliados clinicamente e redirecionados, dependendo da necessidade de atenção primária, secundária ou terciária, para o Ambulatório da Medicina Integral (AMI), ambulatórios de especialidades clínica ou cirúrgica, internação hospitalar ou para realização de exames laboratoriais e posterior reavaliação no próprio serviço.

Este estudo tem o objetivo de analisar a procedência (interna e externa) e o motivo dos encaminhamentos dos pacientes que são atendidos no PAMI a fim de identificar o perfil nosológico da porta de entrada do HUPE, esperando-se contribuir, assim, para uma melhor organização e estruturação dos serviços prestados.

2. Casuística e Métodos

Trata-se de estudo de caráter exploratório, corte transversal, com base em dados primários, desenvolvido no PAMI. Este serviço recebe, para uma primeira avaliação, pacientes encaminhados para consulta em clínica médica por outras especialidades médicas do HUPE ou por outras unidades externas ao complexo docente assistencial da UERJ.

O atendimento no PAMI é realizado, habitualmente, às 2ª e 6ª feiras, sob supervisão, pelos médicos residentes do 1º ano de Medicina de Família e Comunidade. Um questionário estruturado, aplicado durante a consulta de clínica geral, pelos médicos residentes do primeiro ano de Medicina de Família e Comunidade (responsáveis, sob supervisão, pelo atendimento no PAMI) foi desenvolvido com vista a conhecer o perfil nosológico, a origem e os motivos dos encaminhamentos dos pacientes atendidos no PAMI.

Para cálculo do tamanho amostral, definiu-se um mínimo de 20% do total estimado de pacientes a serem atendidos em 2006 – cerca de 1.000 pacientes. O trabalho de campo foi realizado no período de maio a julho de 2006, totalizando 252 pacientes (amostra de 26%). Neste período, o PAMI funcionou em dez sextas-feiras. Não houve, neste período, funcionamento às segundas-feiras. Em todas elas, foram colhidos os dados. Considera-se que a realização do trabalho em período corrido e em meses específicos não tenha trazido viés de seleção.

Para estabelecer o perfil de porta de entrada, foram incluídas as seguintes variáveis: data do atendimento, nome, registro no HUPE, idade, sexo e local de moradia do paciente; motivo e origem do encaminhamento (HUPE e qual especialidade, posto de saúde, emergência pública e privada, ambulatório privado).

As idades foram subdivididas por faixa etária, de acordo com os seguintes intervalos: 17 a 34 anos; 35 a 44; 45 a 64; 65 a 74; 75 anos ou mais.

Os encaminhamentos internos foram classificados em dois tipos: (a) para pacientes com acompanhamento regular na instituição; (b) para pacientes sem acompanhamento regular. Para caracterizar estas situações foi ques-

tionado ao paciente se estava em acompanhamento regular no HUPE e qual a especialidade; posteriormente esta informação foi confirmada por levantamento e verificação de todos os prontuários médicos dos pacientes encaminhados.

Em caso de encaminhamento externo: foram registrados o nome e tipo da unidade de saúde de origem e se o paciente estava vinculado aos Programas de Hipertensão Arterial e/ou de Diabete *Mellitus*. O Município do Rio de Janeiro é subdividido, para fins de administração da saúde, em 10 áreas de planejamento e 33 regiões administrativas⁷. A área de planejamento na qual o HUPE está localizado é a 2.2. As áreas de planejamento que se encontram mais próximas do HUPE são: 1.0, 2.1 e 3.1; as demais correspondem a bairros distantes (quadro 1).

Também foram registradas, para todos os pacientes, a impressão diagnóstica no atendimento do PAMI e qual o destino dado ao paciente (AMI, internação, outras especialidades médicas, posto de saúde, retorno ao PAMI, outros). Para sistematizar os diagnósticos, foi utilizado o Código Internacional de Doenças da Atenção Primária – ICPC2 (2002)⁸. No ICPC2, as patologias são subdivididas em 16 grandes grupos: 1) Geral e Inespecífica; 2) Sangue e Sistema Hematopoiético, Linfático e Baço; 3) Digestivo; 4) Olho; 5) Ouvido; 6) Circulatório; 7) Músculo Esquelético; 8) Neurológico; 9) Psicológico; 10) Respiratório; 11) Pele; 12) Endócrino/Metabólico e Nutricional; 13) Urinário; 14) Genital Feminino; 15) Genital Masculino; 16) Problemas Sociais.

Os dados foram armazenados e analisados no programa Epi Info. Os dados foram apresentados sob a forma de percentual (%) e número total (n). Foi utilizado o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado ($\neq 2$) para análise das variáveis categóricas, sendo considerados significativos valores de *p* menor que 0,05. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

3. Resultados

Dos 252 pacientes do universo amostral, 70,6% (n=178) eram do sexo feminino e 29,4% (n=74) do mas-

Quadro 1. Áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro.

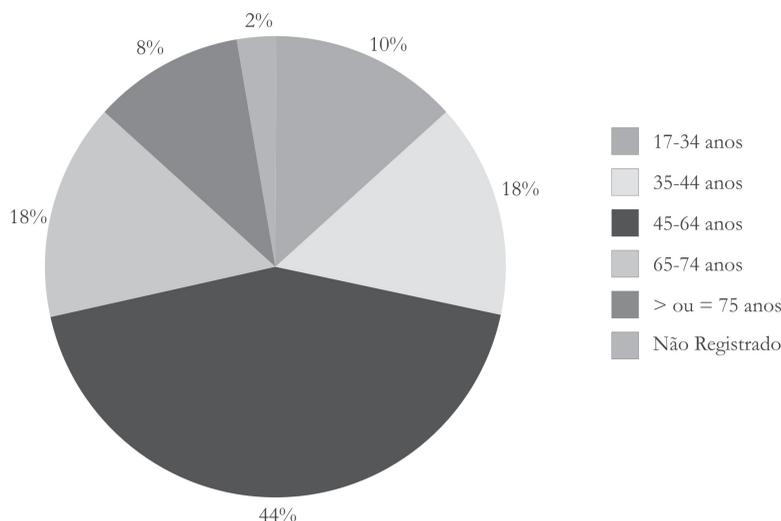
AP 1.0	Cajú, Santo Cristo, Saúde, Gamboa, Aeroporto, Castelo, Centro, Fátima, Lapa, Praça Mauá, Catumbi, Cidade Nova, Estácio e Rio Cumprido, Benfica, São Cristóvão, Triagem, Vasco da Gama, Paquetá e Santa Teresa.
AP 2.1	Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Parque do Flamengo, Copacabana, Leme, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha.
AP 2.2	Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira, Tijuca, Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel
AP 3.1	Bonsucesso, Olaria, Ramos, Brás de Pina, Penha, Penha Circular, Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia (Ilha), Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesas, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá, Zumbi e Complexo do Alemão, Baixa do Sapateiro, Conjunto Pinheiros, Marcílio Dias, Maré, Nova Holanda, Parque União, Praia de Ramos, Roquete Pinto, Rubens Vaz, Timbaú, Vila do João, Vila Esperança, Vila Pinheiro, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas e Vigário Geral.
AP 3.2	Del Castilho, Engenho da Rainha, Inhaúma, Higienópolis, Maria da Graça, Tomaz Coelho, Abolição, Água Santa, Cachambi, Consolação, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio Correia, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Jacarezinho e Vieira Fazenda.
AP 3.3	Acari, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Parque Colúmbia, Pavuna, Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vista Alegre, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcante, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Quintino Bocaiúva, Rocha Miranda, Turiaçú, Vaz Lobo, Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta e Ricardo de Albuquerque.
AP 4.0	Anil, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Tanque, Taquara, Valqueire, Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande, Vergem Pequena e Cidade de Deus.
AP 5.1	Bangú, Gericinó, Padre Miguel, Santíssimo (Bangú), Senador Câmara, Campo dos Afonsos, Cordovil, Deodoro, Jardim América, Magalhães Bastos, Parada de Lucas, Realengo, Sulacap, Vigário Geral e Vila Militar.
AP 5.2	Campo Grande, Santíssimo, Cosmos, Inhoaíba e Senador Augusto Vasconcelos.
AP 5.3	Paciência, Santa Cruz, Barra de Guaratiba, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Sepetiba.

masculino. A faixa etária que mais gerou atendimento foi o grupo de 45 a 64 anos (44%) (Gráfico 1).

Em relação ao município de origem dos pacientes: 74,2% eram provenientes do Rio de Janeiro e 25,8% de outros municípios. Considerando estes municípios, São João do Meriti (que, dependendo do meio de transporte utilizado, dista cerca de uma a duas horas do HUPE), foi o

que contribuiu com maior número de pacientes encaminhados (25%); seguido por Nova Iguaçu (21,9%); Duque de Caxias (20,3%); Belford Roxo (10,9%); Nilópolis (7,8%); Mesquita (6,5%); outros 7,6%. Todos estes municípios são bastante distantes de Vila Isabel, bairro onde se situa o HUPE, e dificilmente os pacientes levam menos de uma hora para se deslocarem até lá.

Gráfico 1. Distribuição por faixa etária dos pacientes avaliados em serviço de Primeiro Atendimento Ambulatorial do Hospital Universitário Pedro Ernesto:



Com relação aos pacientes que procediam do município do Rio de Janeiro, as respectivas áreas de planejamento correspondentes ao local de moradia estão representadas no Gráfico 2. A área de planejamento que encaminhou um maior número de pacientes foi a 3.2 (vizinha a área do HUPE), contribuindo com 23,2% destes encaminhamentos. Analisando, individualmente, os bairros de procedência, Vila Isabel foi aquele que mais encaminhou os pacientes (9,1%), seguida por Jacarepaguá (4,3%); Tijuca, Bangu e Maracanã (3,2%); Pílares, Olaria, Méier e Brás de Pina (2,7%); e Bonsucesso, Campo Grande, Engenho Novo, Osvaldo Cruz, Padre Miguel, Ramos e Santa Cruz (2,1%).

A origem dos pacientes, de acordo com o local e o tipo de encaminhamento pode ser vista no Gráfico 3. Como pode ser visto, 66% referem-se a encaminhamentos provenientes do próprio HUPE. Deste total, 50% correspondiam a encaminhamentos de pacientes sem acompanhamento regular na instituição, conforme constatado pela revisão dos prontuários médicos. Das especialidades médicas do HUPE as que mais encaminharam foram: dermatologia (10,6%), ginecologia-obstetrícia (8,7%), especiali-

dades cirúrgicas (8,1%), clínica médica (7,5%) e pneumologia (6,8%).

A análise dos diagnósticos realizados pela equipe do PAMI, como já informado, teve por base o ICPC2 (2002). Os problemas de saúde mais prevalentes (251 de 271 – 93%) estão representados no quadro 2, de acordo com os grandes grupos de diagnósticos. Houve um total de 271 diagnósticos realizados – cerca de 1,1 diagnóstico por paciente. O grupo dos diagnósticos do sistema circulatório, isoladamente, foi responsável por 38,8% (n=105) dos diagnósticos realizados, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) observada em 25,8% de todos os pacientes avaliados. Em segundo lugar, estão as patologias endócrinas e metabólicas que totalizaram 18,1% (n=49) dos diagnósticos, sendo que o *Diabete Mellitus* tipo 2 (DM2) representou 6%, dislipidemia 5% e obesidade 3,6% do total de pacientes. Em terceiro, estão àquelas referentes ao sistema digestivo, com 14,4% (n=39).

Houve variação no percentual de cada grupo diagnóstico em relação ao sexo. Os problemas circulatórios (41% x 38%), neurológicos (6,4% x 5,7%) e digestivos (16,7% x

Gráfico 2. Distribuição dos pacientes avaliados em serviço de Primeiro Atendimento Ambulatorial do Hospital Universitário Pedro Ernesto, por bairro de moradia, de acordo a área de planejamento do município do Rio de Janeiro:

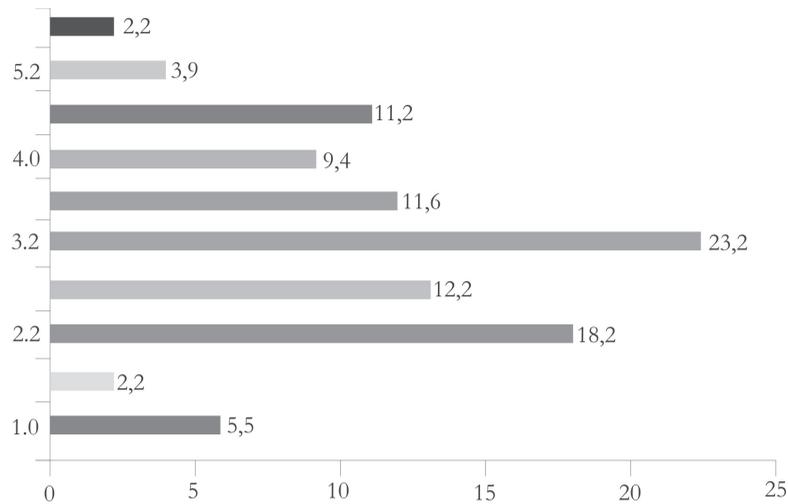
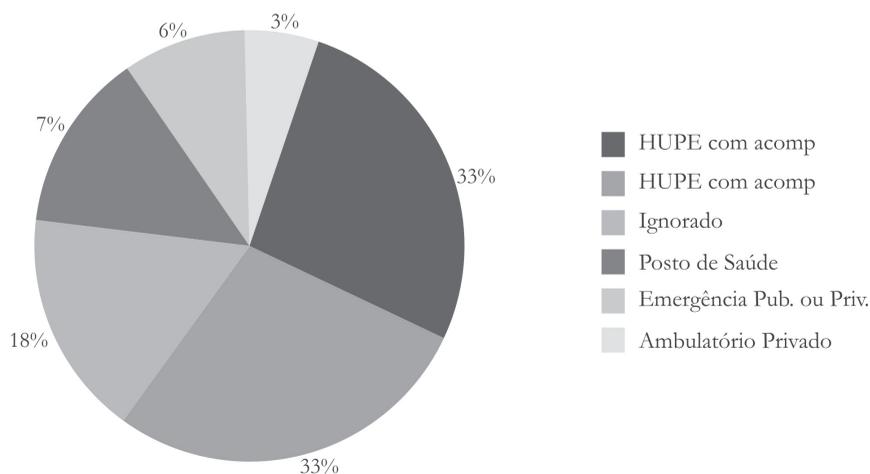


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes avaliados em serviço de Primeiro Atendimento Ambulatorial do Hospital Universitário Pedro Ernesto por origem do encaminhamento:



Quadro 2. Problemas de saúde mais prevalentes nos pacientes de serviço de primeiro atendimento ambulatorial de acordo com os nove mais frequentes grupos gerais de patologias – ICPC2:

Grupos de Patologia	Nº de pacientes no Grupo	Patologias mais relevantes	% no grupo (n)
Circulatório	105	Hipertensão Arterial Sistêmica	65,5 (70)
		Insuficiência Cardíaca	7,6 (8)
		Dor/Mal estar atribuído ao coração	6,7 (7)
Endócrino e Metabólico	49	Diabetes Mellitus	30,6 (15)
		Dislipidemias	24,5 (12)
		Obesidade	18,4 (9)
Digestivo	39	Dispepsias/Flatulência/Dor Abdominal	
		Outros sintomas abdominais	38,5 (15)
		Diarréia/Alteração das fezes	17,9 (7)
		Hepetite e outras doenças do fígado	7,7 (3)
Músculoesquelético	30	Sinais e sintomas articulares	33,4 (10)
		Dores Musculoesqueléticas	33,4 (10)
		Outras doenças do aparelho esquelético	26,6 (8)
Respiratório	18	Asma	22,2 (4)
		Tosse	22,2 (4)
		Pneumonia/Sinusite	10,1 (2)
Neurológico	16	Cefaleia/Vertigem/Tontura	25 (4)
		Outros sinais e sintomas	18,8 (3)
		Outras Doenças do Sistema Neurológico	31,3 (5)
Sangue e Sistema Hematopoiético	12	AIDS	33,3 (4)
		Anemia Ferropriva	25 (3)
		Medo de estar com AIDS	8,3 (1)
Geral e Inespecífica	11	Desmaio/Síncope	27,3 (3)
		Reação Alérgica	18,2 (2)
		Inchaço	18,2 (2)
Psicológico	10	Ansiedade e outros sintomas psicológicos e Transtornos depressivos	70 (7)
		Abuso de álcool	20 (2)
Total	251		n=222

13,5%) foram mais prevalentes nos homens do que nas mulheres, mas sem significado estatístico. Por sua vez, nas mulheres foram mais frequentes os problemas respiratórios (8,3% x 2,6%, $p=0,06$), endócrino-metabólicos (20,3% x 12,8%, $p=0,09$), musculoesqueléticos (12% x 9,0%), hematopoiéticos (5,2% x 2,6%) e psíquicos (4,2% x 2,6%).

Correlacionando-se faixa etária com os 16 grupos de agravos do código da Atenção Primária, as patologias mais frequentes entre a população de 75 anos e mais se

referiam aos problemas do sistema circulatório (64%; $p=0,01$) e endócrino-metabólico (23%); por outro lado, as queixas referentes aos itens sintomas gerais e inespecíficos (17%), digestivo (33%), psicológico (27%), social (5%) e hematológico (38,6%; $p=0,02$) foram mais comuns na faixa etária de 17 a 34 anos.

Os destinos dados aos pacientes foram: AMI (48%); posto de saúde (26,2%); outras especialidades médicas (20,5%); retorno ao PAMI e outros (2,5%) e internação (0,4%). A

maioria dos pacientes já tinha registro no HUPE: dos que eram oriundos do Rio de Janeiro, 69,8%, e, daqueles provenientes de outros municípios, 70,7%. O destino dado aos pacientes que foram encaminhados pelo próprio HUPE, com acompanhamento regular na instituição, ou não (n=166), foi o seguinte: AMI 46,3% (n=74); posto de saúde 28,1% (n=45); outras especialidades médicas 19,4% (n=31); outros 3,1% (n=5); retorno ao PAMI 2,5% (n=4) e internação 0,6% (n=1).

4. Discussão

O número de atendimentos a pacientes do sexo feminino foi maior em relação aos pacientes do sexo masculino, retratando a realidade brasileira: as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens⁹. As faixas etárias que mais se destacaram correspondem à população adulta até 65 anos, que, de acordo com a pirâmide etária brasileira, continua maior apesar do processo de envelhecimento da população mundial verificado nas últimas décadas, inclusive entre nós¹⁰.

Com relação à impressão diagnóstica, os grupos que mais se destacaram foram os do sistema circulatório com HAS e endócrino-metabólico com DM2, resultados estes compatíveis com as estatísticas nacionais, que confirmam que estas patologias são de alta prevalência na população brasileira^{3,11,12}.

Neste estudo, é interessante comentar a baixa prevalência de dislipidemia e obesidade em relação aos dados atuais da população brasileira. No Brasil, os dados sobre hipercolesterolemia foram avaliados em regiões específicas sendo descrito uma prevalência em torno de 40%^{11,13}. As mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade^{14,15}. Em consequência dos novos e piores hábitos alimentares, os brasileiros vêm aumentando de peso ao longo das últimas três décadas, como foi indicado pela segunda parte da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2002-2003, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério

da Saúde. Segundo o levantamento, o país tem cerca de 38,6 milhões de pessoas com peso acima do recomendado, o equivalente a 40,5% da população adulta, sendo que deste total 11% são obesos¹⁶. Considerando os estudos de prevalência destas desordens, a baixa prevalência identificada neste estudo pode sugerir uma ainda baixa sensibilização dos profissionais de saúde e população geral para estes problemas de saúde, demonstrando a necessidade de melhor capacitação dos profissionais e ações de educação em saúde para a população.

Pode-se observar que os pacientes acima de 75 anos, apresentam mais doenças crônicas, organicamente estruturadas, enquanto os pacientes mais jovens das faixas etárias 17 a 34 anos apresentam queixas relacionadas aos sistemas digestivo, geral e inespecífico, psicológico e social. Nota-se que estes quadros correlacionam-se em grande parte com transtornos emocionais e problemas financeiros, sociais e familiares. Revelam fases mais iniciais do processo de adoecimento, sem ainda evidenciar substrato orgânico definido. Nestas fases, são de grande importância as ações desenvolvidas pela APS, no sentido de colaborar para a abordagem ampliada da saúde, incluindo e contextualizando os sinais e sintomas, no processo de vida da pessoa e suas relações com o meio familiar e comunitário.

O município do Rio de Janeiro foi o que mais gerou encaminhamentos para o PAMI (75%), porém, um número significativo de pacientes foi encaminhado por outros municípios (25%). O comprometimento da capacidade resolutiva desses outros municípios em absorver as respectivas demandas nos níveis primário e secundário de atenção termina por sobrecarregar a rede instalada na cidade do Rio, que não recebe a correspondente transferência de recursos, gerando, por consequência, uma demanda excedente de atendimento ao lado de relativo déficit financeiro.

No Rio de Janeiro, a área de planejamento de maior frequência em relação à origem dos pacientes, foi a 3.2 – na circunvizinhança do HUPE. Quando se analisam os bairros individualmente, Vila Isabel respondeu, entretanto, pelo maior número destes pacientes. Esses resultados demonstram a desorganização do sistema de saúde em

nosso município e estado, em particular da Atenção Primária à Saúde, que pode atender com resolutividade cerca de 85% destes casos, no próprio local de moradia dos pacientes.

Considera-se que, de acordo com o perfil nosológico verificado neste estudo, não haveria qualquer justificativa para que os pacientes provenientes de outros municípios ou de bairros afastados de Vila Isabel fossem referidos ou estivessem sendo atendidos nos ambulatórios de um hospital universitário.

O perfil nosológico identificado evidencia tratar-se de pacientes com sinais e sintomas mal definidos, patologias prevalentes, doenças crônico-degenerativas, passíveis de serem acompanhadas nos locais de origem dos pacientes, seja no nível primário ou secundário de atenção. Mesmo que, eventualmente, alguns destes pacientes estejam sendo atendidos em serviços do HUPE que sejam referência para o atendimento de determinadas patologias, ainda assim, o acompanhamento clínico deveria ser na região de sua moradia, bastando, para isso, haver um sistema de referência e contra-referência minimamente estruturada. Com isso, seria possível otimizar a atenção prestada no HUPE e diminuir o tempo de espera para marcação de consultas para o primeiro atendimento na instituição. Este fato evidencia-se a necessidade de desenvolver um trabalho de informação e reflexão junto aos médicos das outras especialidades do HUPE, visando que sejam encaminhados ao primeiro atendimento somente pacientes que morem na área de planejamento relativa ao HUPE e necessitam de avaliação no âmbito da clínica geral. Os demais pacientes deveriam ser encaminhados diretamente aos serviços de saúde do seu local de moradia e/ou às outras especialidades do HUPE, conforme a necessidade de cada caso.

Ainda que os pacientes de Vila Isabel correspondam ao maior número de encaminhamentos, este resultado ainda está longe do esperado, pois os serviços docente-assistenciais do DMIF desenvolvem atividades, principalmente de APS e também de nível secundário, que devem ser mais dirigidas aos moradores deste bairro e regiões circunvizinhas, tanto em termos de acompanhamento indi-

vidual, quanto familiar e comunitário. Ressalte-se que este Departamento tem sobre sua responsabilidade o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e, nas competências que devem ser desenvolvidas por estes especialistas, estão o cadastramento e a realização de visitas domiciliares, quando necessário, para os pacientes da sua área adscrita.

Cinquenta por cento dos encaminhamentos gerados no HUPE estão relacionados a pacientes sem acompanhamento regular na instituição, sugerindo serem devidos a indicações feitas por relações pessoais de conhecimento. Isso pode significar que grande parte dos pacientes atendidos no PAMI foi encaminhada sem qualquer tipo de avaliação médica prévia que demonstrasse a real necessidade dos pacientes estarem sendo atendidos no HUPE, bloqueando de certo modo o acesso de outras pessoas que necessitam de atendimento no complexo docente-assistencial do HUPE. Com isso, sugere-se que os médicos desta instituição ou não valorizam ou desconhecem a função dos Postos e Centros de Saúde (atenção primária e secundária) e os mecanismos de referência e contra-referência.

A especialidade médica que mais encaminhou foi a dermatologia, talvez por ser uma das especialidades de maior movimento ambulatorial. Com relação ao destino dado aos pacientes que vieram com encaminhamento do próprio HUPE, 28,1% foram referenciados pelo PAMI ao posto de saúde de sua área domiciliar. Evidencia-se, assim, que boa parte dos pacientes poderia ter sido encaminhada diretamente aos postos ou unidades de saúde do local de moradia dos pacientes, pelo próprio setor do HUPE que gerou o encaminhamento.

Por último, deve ser assinalado que quase 50% dos pacientes atendidos no PAMI neste período foram absorvidos pelo AMI, sendo direcionados para o ambulatório de internos e/ou residentes. Os casos mais graves assim como os pacientes que são moradores de Vila Isabel e bairros adjacentes foram direcionados para o atendimento realizado pelos médicos residentes de modo que pudessem ser cadastrados no Projeto Saúde na Vila, implementado pelo DMIF, visando a um acompanhamento individual,

familiar, comunitário e ambulatorial na lógica da integralidade biopsicossocial.

Deve-se insistir que, diante da necessidade de encaminhar pacientes para outras especialidades no âmbito do HUPE, sejam adotadas estratégias que não sobrecarreguem o PAMI e não criem barreiras adicionais ao atendimento das reais necessidades apresentadas pelos mesmos. Como já citado, os encaminhamentos realizados sem uma real necessidade faz com que aqueles que efetivamente demandam atendimento, tanto na Medicina Integral quanto em outras especialidades, vejam retardada a assistência de que necessitam. Com a adequação deste sistema, o quantitativo de consultas no PAMI aos moradores de Vila Isabel e arredores deve aumentar, vindo ao encontro dos objetivos do que se espera de um serviço desta natureza.

Somente determinados pacientes, dependendo do agravo de saúde e da existência de ambulatorios de referência especializada existentes nesta instituição, deveriam ser referidos ao HUPE. Mesmo assim, sem haver perda do vínculo e do acompanhamento contínuo nos seus locais de origem.

Por outro lado, os resultados deste estudo também sugerem a ineficácia do sistema de saúde do estado e mesmo do município do Rio de Janeiro no que se refere à capacidade resolutiva esperada no âmbito da assistência ambulatorial do primeiro e do segundo níveis. Muitos pacientes procuram outros serviços de saúde, especialmente no nível primário e secundário de atenção, por não encontrarem nos seus locais de moradia um sistema de saúde capaz de acolher e absorver suas necessidades e demandas nestes níveis de atenção. Muitos dos pacientes referidos a uma instituição de saúde, como um hospital universitário, poderiam estar cadastrados em unidades de saúde da área onde moram e, quando necessário, derivados para os centros de referência. Naturalmente, no caso deste estudo, os moradores de Vila Isabel e adjacências podem e devem ser acompanhados pela instituição, tendo em vista o programa docente assistencial desenvolvido pelo DMIF.

Os resultados desta pesquisa demonstram a desorganização do sistema de saúde em nosso município e estado,

em particular da APS. Sugere-se que seja realizado um trabalho junto aos profissionais e instituições de saúde, junto à coordenação das áreas de planejamentos do Rio de Janeiro e junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio, buscando soluções de curto, médio e longo prazos. Os objetivos principais seriam a reestruturação e otimização dos sistemas de referência e contra-referência, internos e externos à instituição, de tal modo que, como esperado, a grande maioria dos pacientes seja atendida nos serviços de atenção primária e/ou secundária da sua área de domicílio.

O sistema de porta de entrada envolve vários aspectos e implica em grande complexidade, necessitando de projetos para melhor estruturação e organização. Por meio deste trabalho, pode-se ter uma visão da porta de entrada no município do Rio de Janeiro e, também, do estado do Rio de Janeiro. Esperamos que o presente estudo contribua para a reorganização da porta de entrada do HUPE, bem como estimule iniciativas semelhantes no nível da rede municipal e estadual de saúde.

5. Referências

- 1- Organização Pan-Americana da Saúde. Representação no Brasil. A Saúde no Brasil. Brasília(DF): OPAS; 1998.
- 2- Novaes HM. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS - Análise conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. São Paulo: PROHASA /OPAS/Livraria Pioneira; 1990.
- 3- Duncan BB, Schimidt MI. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Medicina Ambulatorial: Condutas na Atenção Primária Baseados em Evidências. Porto Alegre: Art Med; 2004. p.76-80.
- 4- Barbara Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs Services & Technology. United Kingdom: Oxford University Press; 1998.
- 5- Sassi RM, Béria JU, Barros AJD. Fatores Associados à Utilização de Serviços Ambulatoriais: Estudo de Base Populacional. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2000.
- 6- Testa M. Pensar em Saúde. [Trad. Settineri WMF]. Porto Alegre (RS): [s.n.]; 1992.

7- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/governo> Acesso em 25 out. 2006.

8- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. ICPC2. Disponível em: <http://www.apmcg.pt> Acesso em: 19 set. 2006.

9- Pinheiro R, Viacava SC, Travassos F, Brito C. Gênero, Morbidade, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 687-707.

10- Carvalho JAM, Garcia RA. O Envelhecimento da População Brasileira: Um Enfoque Demográfico. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19: 725-33.

11- Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88 (supl 1): 2-19.

12- Estudo Multicêntrico Sobre a Prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil. 1988. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sucessos/apresentacaoestudomulticentrico.php>. Acesso em: 08 abr. 2006.

13- Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, Torres KP, Loures-Vale A, Magalhães ME, et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do Nível de Colesterol de 81.262 Brasileiros. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80: 631-4.

14- Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49: 105-13

15- Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endoc Metab* 1999; 43: 186-94.

16- Pesquisa de orçamentos familiares (capturado Dezembro 2006, 5). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2002analise.

Endereço para correspondência:

Rua das Valsas, 500
Jacarepaguá , Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22743-390

Endereço eletrônico:

inezpadula@terra.com.br