

ESTUDO OPERACIONAL DO SISTEMA DE REFERÊNCIA ENTRE
UMA UNIDADE SANITÁRIA E O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS

Celso PUGLIESE *

RSPU-B/162

PUGLIESE, C. — *Estudo operacional do sistema de referência entre uma unidade sanitária e o Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7: 73-92, 1973.*

RESUMO: *Um estudo foi realizado objetivando analisar o sistema de referência desenvolvido por uma unidade sanitária localizada em uma comunidade não organizada e o Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. De março de 1971 a outubro de 1972, a unidade sanitária referiu para o Hospital Universitário 352 indivíduos de um total de 12.665 pacientes matriculados na unidade. Durante o período estudado apenas 170 completaram a referência. O valor do sistema de referência foi unidirecional. O autor estabeleceu uma série de comparações internacionais relativa ao fluxo de pacientes para o hospital, à idade, sexo e à natureza dos serviços propiciados tanto nos ambulatórios como no serviço de internamento do hospital. Chamou a atenção que o retorno para a unidade sanitária dos pacientes que completaram a referência foi muito baixa.*

UNITERMOS: *Sistema de referência**; *Unidade sanitária**; *Hospital de ensino**.

1 — INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de um sistema racional de referir pacientes para um hospital universitário, constitui fase importante na ecologia da assistência médica de uma comunidade.

Este sistema de referência seria de grande vantagem para o médico e os serviços comunitários de saúde, que poderiam utilizar os recursos humanos, técnicos e laboratoriais do hospital universitário para exploração diagnóstica dos seus pacientes. Por outro lado, o hospital

universitário se beneficiaria com o sistema, pois, poderia reduzir, de alguma forma, a assistência contínua a que se obriga a dar a um número elevado de pacientes que aflui para seus ambulatórios. Por fim, o paciente poderia receber, em um determinado momento, um elevado nível de assistência médica, além de lhe ser garantida a continuidade dessa atenção médica, após seu retorno à comunidade.

Apesar de sua importância é surpreen-

* Do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia. Hospital Prof. Edgard Santos — Salvador — Bahia, Brasil.

dente a pouca atenção que tem sido dispensada à análise da prática de referir pacientes para especialistas, hospitais e centros Universitários. PETERSON, SPAIN e GREENBERG¹⁰, em um estudo sobre a prática médica na Carolina do Norte, indicaram o valor da consulta a especialistas no processo de continuação da educação do clínico geral. O estudo de Taubenhauss descrevendo a prática médica na zona rural da Carolina do Norte¹³, seguido em anos recentes pelos trabalhos de FRY e HOPKIN na Inglaterra^{5,7} revelaram percentuais de referência para especialistas de 5,7% e 5,0%, enquanto que eram bem mais variáveis os percentuais de referência para hospitais, inclusive centros médicos universitários, variando de 0,6% a 32,0% em relação aos pacientes vistos durante o período de um ano. WHITE e cols.¹⁶ sugeriram, a partir dos estudos realizados sobre a assistência médica nos Estados Unidos e na Inglaterra, que numa população de mil adultos maiores de 16 anos, 750 pessoas referem uma ou mais doenças por mês; desses, 250 consultam um médico uma ou mais vezes no período; 9 dos 250 são hospitalizados; 5 tendem a ser referidos para outro médico, enquanto apenas um indivíduo é encaminhado ao hospital universitário. Nestas circunstâncias, indicaram os autores, seria muito difícil, senão impossível, aos centros universitários obter uma válida impressão dos problemas de saúde da comunidade.

Desconhece-se o volume de referências habitualmente efetuadas por médicos para especialistas, hospitais ou centros médicos universitários na totalidade das comunidades brasileiras. Por conseguinte, parece-nos ser fundamental estabelecer qual a importância da prática de referir pacientes dentro do sistema de assistência médica ora vigente em nosso meio, como também analisar os fatores que a influenciam.

O presente trabalho tem como objetivo analisar certas características do sistema de referência entre uma unidade sanitária com características de centro de saúde e um hospital universitário, ambos localizados na zona urbana da cidade do Salvador. Este sistema é componente de um Projeto da Universidade Federal da Bahia "Mudança de Papel do Hospital Universitário numa Comunidade Brasileira" — Um Projeto Experimental, generosamente financiado pela Fundação W. K. Kellogg¹⁴.

2 — DESCRIÇÃO

2.1 O Hospital Universitário

O Hospital Universitário Prof. Edgard Santos criado em 1949, é um hospital geral e órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia. Tem como objetivos propiciar campo de ensino e treinamento fundamental aos alunos dos cursos de graduação da área de saúde, além de prestar sua função social como hospital comunitário.

Dispõe de um ambulatório geral e de serviços especializados, que se destinam a pacientes externos, bem como de um serviço de internamento com um total de 340 leitos. O ambulatório geral funciona exclusivamente no turno matutino, enquanto os serviços especializados funcionam, alguns no turno da manhã e outros, exclusivamente, no período da tarde em dias específicos da semana.

2.2 A Unidade Sanitária

A Unidade Sanitária Prof. Sabino Silva ampliada em 1970 integra a rede médico-sanitária da Secretaria da Saúde Pública do Estado da Bahia. Está localizada no Nordeste de Amaralina — uma comunidade urbana de crescimento bastante desorganizado¹¹. A unidade sanitária serve a uma população de aproximada-

mente 50 mil habitantes e representa o principal centro médico da comunidade. A esta, presta serviços individuais de saúde pública, além de propiciar serviços de natureza comunitária. Em adição, serve como área de treinamento para os programas didáticos das escolas de medicina, enfermagem e odontologia da Universidade Federal da Bahia. O início das atividades na Unidade sanitária, ampliada, ocorreu em março de 1971.

2.3 O Sistema de Referência

A criação da unidade complementar do hospital de ensino na comunidade do Nordeste de Amaralina ensejou oportunidade única de se estabelecer pela primeira vez, em caráter experimental, um sistema de referir pacientes entre a unidade sanitária e o hospital de ensino.

Para tanto, a unidade sanitária instituiu uma folha de referência (ver anexo), a qual além de conter informações de certas características do indivíduo — idade, sexo, data do nascimento, etc. — dispunha de espaço suficiente para o relato da história clínica, dos dados do exame físico, dos resultados laboratoriais e as suspeitas diagnósticas levantadas ao tempo da referência do paciente para o hospital de ensino.

Esta folha, após ser devidamente preenchida pelo médico, era encaminhada através de uma atendente de enfermagem ao arquivo médico da unidade sanitária onde era protocolada em livro próprio, devidamente grampeada e entregue ao paciente.

No consultório da unidade o paciente recebia as necessárias instruções de como proceder ao tempo da matrícula no hospital universitário.

Efetuada a matrícula, caberia ao médico do hospital, tão logo tivesse estabelecido uma opinião diagnóstica, decidir se

o paciente deveria ou não continuar sob a orientação do hospital ou da unidade. No último caso, a folha de referência original deveria ser removida do prontuário médico do hospital e, no verso da mesma, ser incluído um histórico de todos os fatos ocorridos com o paciente no hospital e a orientação que a unidade sanitária deveria adotar em relação ao paciente tão logo assumisse a responsabilidade da continuidade do tratamento médico.

2.4 Características da Referência

No presente trabalho, define-se como referência completada, aquela situação em que o paciente, após ter sido referido pela unidade sanitária, obtém a matrícula e as consultas no hospital universitário. Tratando-se de requisição de exame de laboratório (Rx, ECG, etc.) solicitado pela unidade sanitária ao hospital universitário e para cuja realização não se requer a matrícula no hospital, o laudo médico fixado no prontuário médico da unidade, constituía evidência de que a referência havia sido completada.

A referência foi considerada não completada, quando não se localizava a ficha índice do indivíduo referido no serviço de arquivo médico e estatística do hospital universitário associado à inexistência de qualquer informação no prontuário médico da unidade sanitária, indicando que o indivíduo obteve a matrícula no hospital. Por seu turno, a não evidência do laudo fixado no prontuário médico da unidade sanitária também era uma indicação de que o paciente não completou a referência.

2.5 Revisão dos Prontuários Médicos dos Pacientes Referidos

O livro de protocolo da Unidade foi de extrema valia na revisão dos prontuários

médicos tanto no hospital de ensino como na unidade sanitária.

Uma lista nominal de todos os pacientes referidos pela unidade foi obtida a partir desse livro de protocolo e entregue a uma arquivista do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário. Procedia-se uma busca no fichário índice com a finalidade de localizar a ficha do paciente e através dela, o registro recebido por este paciente ao tempo da matrícula no hospital universitário.

Identificado o prontuário médico, transferia-se para uma ficha os seguintes dados: nome, idade, sexo, data da matrícula no hospital de ensino, serviço em que foi matriculado, número de consultas realizadas, diagnósticos, se a folha de referência estava devidamente preenchida e se fixada ou não ao prontuário médico. A presença da folha de referência no prontuário médico permitia obter informações adicionais tais como: serviço da unidade sanitária em que o paciente foi matriculado, a data da referência e os diagnósticos.

A identificação do prontuário médico na unidade sanitária obedeceu à mesma orientação acima descrita e desses prontuários derivava-se as informações referentes à data da matrícula na unidade sanitária, as causas que levaram o médico a referir o paciente para o hospital universitário e o número de consultas realizadas na unidade sanitária após ter sido referido para o hospital de ensino.

Os diagnósticos obtidos do prontuário médico, quer do hospital universitário, quer da unidade sanitária foram classificados de acordo com a 8.^a Revisão de Classificação Internacional de Doenças². As condições cirúrgicas dos pacientes internados no Hospital Universitário foram classificadas de acordo com o Índice de

Diagnósticos de Hospitais e Classificação de Operações³.

Esta revisão foi toda executada pelo autor do presente trabalho.

3 — RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se a distribuição por idade e sexo da população referida pela unidade sanitária para o hospital de ensino. Nota-se que 65,2% das pessoas do sexo masculino e 45,3% das do sexo feminino tinham menos de 15 anos de idade. Por sua vez, dos indivíduos com mais de 15 anos de idade, 29,9% eram do sexo masculino, enquanto que 48,2% eram do sexo feminino. Os grupos etários de 1 a 4 e 5 a 9 anos contribuíram com 19,0%, 21,0%, 15,6% e 10,2% respectivamente para os sexos masculino e feminino. O maior percentual de referência — 24,4%, foi observado entre pessoas do sexo feminino, pertencentes ao grupo etário de 15 a 34 anos de idade.

Analisando a Tabela 2 denota-se que dos indivíduos com menos de 15 anos de idade, que completaram a referência para o hospital de ensino, 60,3% eram do sexo masculino e 69,5% do sexo feminino. Entre as pessoas com mais de 15 anos de idade estes percentuais foram de 33,4% e 53,6% respectivamente para o sexo masculino e feminino.

A distribuição por idade e sexo daquelas pessoas que não completaram a referência, isto é, não se matricularam no hospital universitário aparece na Tabela 3. Interessante observar que para ambos os sexos e as duas faixas etárias consideradas, isto é, — 0 a 14 anos e maiores de 15 anos de idade — os percentuais de referência não completada mostraram-se muito elevados sobretudo entre pessoas do sexo masculino menores de 15 anos, cujo percentual foi de 69,4%.

T A B E L A 1

Distribuição por idade e sexo da população referida pela unidade sanitária para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, Março 1971/Octubro 1972.

Idade em anos	S e x o			
	Masculino	%	Feminino	%
< 1	15	10,2	15	7,3
1 — 4	28	19,0	32	15,6
5 — 9	31	21,1	21	10,2
10 — 14	22	15,0	25	12,2
15 — 34	19	12,9	50	24,4
35 — 44	9	6,1	24	11,7
45 — 54	6	4,1	15	7,3
55 — 64	9	6,1	8	3,9
65 anos e mais	1	0,7	6	2,9
Ignorada	7	4,8	9	4,5
Total	147	100,0	205	100,0

FONTE: Coleta direta

T A B E L A 2

Distribuição por idade e sexo da população referida pela unidade sanitária que completou a referência para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972.

Idade em anos	S e x o			
	Masculino	%	Feminino	%
< 1	5	6,7	5	5,3
1 — 4	13	17,3	9	9,5
5 — 9	16	21,3	14	14,7
10 — 14	12	16,0	13	13,7
15 — 34	11	14,7	25	26,3
35 — 44	5	6,7	16	16,8
45 — 54	3	4,0	8	8,4
55 — 64	6	8,0	2	2,1
65 anos e mais	1	1,3	1	1,1
Ignorada	3	4,0	2	2,1
Total	75	100,0	95	100,0

FONTE: Coleta direta

T A B E L A 3

Distribuição por idade e sexo da população referida pela unidade sanitária que não completou a referência para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972.

Idade em anos	S e x o			
	Masculino	%	Feminino	%
< 1	10	13,9	10	9,1
1 — 4	15	20,8	23	20,9
5 — 9	15	20,8	7	6,4
10 — 14	10	13,9	12	10,9
15 — 34	8	11,2	25	22,7
35 — 44	4	5,5	8	7,3
45 — 54	3	4,2	7	6,4
55 — 64	3	4,2	6	5,5
65 anos e mais	—	—	5	4,5
Ignorada	4	5,5	7	7,3
Total	72	100,0	110	100,0

FONTE: Coleta direta

Observa-se na Tabela 4 a distribuição das referências de acordo com os serviços do hospital de ensino. Das 352 referências realizadas no período de março de 1971 a outubro de 1972, 119 (33,8%) foram efetuadas para especialidades, enquanto que 109 (31,0%) para pediatria. As demais referências foram para serviços de medicina geral, cirurgia e laboratório e corresponderam respectivamente a 14,5%, 12,2% e 3,7% de todos os encaminhamentos. Na mesma Tabela verifi-

ca-se, também, que apenas 48,2% de todos os indivíduos completaram a referência para o hospital universitário. Estas referências completadas foram mais frequentes para os serviços especializados (58,8%), vindo logo em seguida aquelas para medicina geral (51,0%) e pediatria (45,0%). Embora tenham sido referidos 43 (12,2%) indivíduos para os serviços de cirurgia do hospital de ensino, somente 17 (39,5%) completaram esta referência.

T A B E L A 4

Pacientes referidos ao Hospital Prof. Edgard Santos que completaram e não completaram a referência segundo os serviços. Salvador, março 1971/outubro 1972.

Serviços	TOTAL		Referência				C/NC
			Completada N(C)		Não completada (NC)		
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	%
Medicina Geral	51	14,5	26	51,0	25	49,0	104,0
Cirurgia	43	12,2	17	39,5	26	60,5	65,4
Pediatria	109	31,0	49	45,0	60	55,0	81,7
Especialidades *	119	33,8	70	58,8	49	41,2	142,8
Laboratório	13	3,7	5	38,5	8	61,5	62,5
N/Especificados	17	4,8	3	17,6	14	82,4	21,4
TOTAL	352	100,0	170	—	182	—	—

FONTE: Coleta Direta

* Inclui: Reumatologia, Psiquiatria, Neurologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Genética Médica e Serviço de Fertilidade.

A Tabela 5 procura analisar o período decorrido em dias entre a data da referência da unidade sanitária e a data da matrícula do paciente no hospital universitário. Infelizmente, em 26 circunstâncias não se encontrou qualquer registro, seja na folha de referência, seja no prontuário do hospital ou em ambos, da data da referência ou da data da matrícula no hospital. Nestas circunstâncias e com base em 136 referências, verificou-se que 42,7% dos indivíduos referidos levaram entre 0-4 dias para completarem a referência.

Por sua vez, 28,7% e 15,4% dos indivíduos levaram, respectivamente, entre 5 a 9 dias e 10 a 19 dias, enquanto que 6 (4,4%) levaram entre 60 a 90 dias para completarem a referência. Em média para que uma referência fosse completada decorria um período de 11 dias.

T A B E L A 5

Período decorrido em dias entre a data da referência e a data da matrícula no Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972.

Período em dias	N.º	%
0 — 4	58	42,7
5 — 9	39	28,7
10 — 19	21	15,4
20 — 29	6	4,4
30 — 59	6	4,4
60 — 90	6	4,4
TOTAL	136	100,0

FONTE: Coleta Dierta
m = 11,45 dias \approx 11 dias

As condições clínicas mais frequentemente observadas entre os 170 indivíduos que completaram a referência para o hospital foram classificadas em grandes grupos de acordo com a última revisão da Classificação Internacional de Do-

enças. Isto permitiu derivar coeficientes de morbidade por 1.000 indivíduos matriculados na unidade sanitária durante o período de estudo, os quais aparecem na Tabela 6. Observa-se nesta Tabela que as doenças infecciosas e parasitárias

T A B E L A 6

Condições médicas dos indivíduos que completaram referência para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

Grupos de doenças	N.º de casos	Coeficientes/1000 indivíduos matriculados	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-136)	26	2,05	15,2
Tumores Malignos (140-209)	4	0,31	2,3
Tumores Benignos (210-239)	6	0,47	3,5
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (240-279)	4	0,31	2,3
Doenças do Sangue e Órgãos Hematológicos (280-289)	2	0,15	1,1
Doenças Mentais (290-315)	3	0,22	1,7
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (320-389)	36	2,84	21,1
Doenças do Aparelho Circulatório (390-458)	12	0,94	7,0
Doenças do Aparelho Respiratório (460-519)	2	0,15	1,1
Doenças do Aparelho Digestivo (520-577)	9	0,71	5,3
Doenças do Aparelho Gênito-Urinário (580-629)	16	1,26	9,4
Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (630-634)	1	0,07	0,5
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (680-709)	16	1,26	9,4
Doenças do Sistema Esquelético e do Tecido Conjuntivo (710-738)	4	0,31	2,3
Anomalias Congênicas (740-759)	13	1,02	7,7
Sintomas e Estados Mal Definidos (780-796)	6	0,48	3,5
Acidentes, Envenenamentos e Violências (E800-E999)	10	0,78	5,8
TOTAL	170	—	100,0

FONTE: Coleta Direta

(001 — 136) e as doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (320 — 389) apresentaram os coeficientes mais elevados, isto é, 2,05 e 2,84/1000 indivíduos respectivamente. Coeficientes acima de 1/1000 foram observados em relação às doenças do aparelho gênito-urinário (580 — 629), às doenças da pele e do tecido subcutâneo (680 — 709) e às anomalias congênitas (740 — 759). As doenças do coração e dos vasos (390 — 458) e os acidentes, violências e envenenamento (E800 — E999) apresentaram coeficientes de 0,94 a 0,78/1000 indivíduos matriculados.

Objetivando identificar possíveis diferenças na morbidade entre o grupo acima descrito e os 182 pacientes que não completaram a referência para o hospital universitário, procurou-se classificar as condições clínicas apresentadas por estes últimos de forma idêntica àquela apresentada na Tabela 6. Assim sendo, verifica-se na Tabela 7 que as doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (320 — 389), contribuíram com um coeficiente de 2,60/1000 indivíduos matriculados, em nada, pois, diferindo do grupo que completou a referência para o hospital de ensino. Todavia, com relação às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (240 — 279) e às doenças do aparelho respiratório (460 — 519), denota-se ter havido apreciável diferença a favor do grupo que não completou a referência. Os coeficientes para estes dois grupos de causas de morbidade foram, respectivamente, de 1,03 a 1,18/1000 indivíduos matriculados, enquanto que entre os indivíduos que completaram a referência os coeficientes observados foram de 0,31 e 0,15/1000 matriculados na unidade sanitária. Além destas diferenças verificou-se, também, que entre os pacientes que completaram a referência, um coeficiente de 1,26/1000 indivíduos tanto para as doenças do aparelho gênito-urinário (580 — 629) como para as

doenças da pele e do tecido subcutâneo (680 — 729) (Tabela 6). Este coeficiente difere em muito dos observados para o grupo de indivíduos que não completaram a referência, e cujos índices foram de 0,32 e 0,24/1000 indivíduos.

A Tabela 8 indica a freqüência de consultas realizadas pelos pacientes que completaram a referência para o hospital universitário. Tiveram apenas uma consulta 26,1%, ou seja, a da matrícula no hospital. Por seu turno, 22,3% e 21,7% fizeram, respectivamente, 2 e 3 consultas. Apenas 2(1%) dos pacientes fizeram 9 consultas incluída a da matrícula. A média de consultas realizadas no hospital de ensino foi de 3 consultas por paciente.

Na Tabela 9 denota-se que dos 162 pacientes referidos pela unidade sanitária e matriculados no hospital de ensino, 44, ou seja, 27,1% foram admitidos no hospital correspondendo a uma taxa de admissão de 3,4/1000 pacientes matriculados na unidade sanitária. Os serviços especializados contribuíram com 31,8% do total de internamentos, enquanto que, não houve muita diferença com relação aos serviços de medicina geral, cirurgia e pediatria, que participavam respectivamente com 20,5%, 22,7% e 25,0%.

Interessante observar, agora, as causas que determinaram a admissão do paciente no hospital de ensino. Estas causas aparecem na Tabela 10. As anomalias congênitas (740 — 759) seguida das doenças infecciosas e parasitárias (001 — 136), das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (240 — 279) e as doenças do aparelho digestivo foram as condições médicas que mais freqüentemente apareceram como causas de internamento, com as taxas correspondentes de 22,7%, 15,9%, 11,3% e 11,3%. É conveniente ressaltar que entre as anomalias congênitas, a fimose e o criptorquidismo foram as causas mais comuns de internamento, enquanto no caso das do-

T A B E L A 7

Condições médicas dos indivíduos que não completaram a referência para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

Grupos de doenças	N.º de casos	Coefficientes/1000 Indiv. matriculados *	%
Doenças Infeciosas e Parasitárias (001-136)	22	1,74	0,6
Tumores Malignos (140-209)	4	0,32	13,1
Tumores Benignos (210-239)	7	0,55	2,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (240-279)	13	1,03	4,2
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (280-289)	7	0,55	7,7
Doenças Mentais (290-315)	2	0,16	4,2
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (320-389)	33	2,60	1,2
Doenças do Aparelho Circulatório (390-458)	12	0,95	19,6
Doenças do Aparelho Respiratório (460-519)	15	1,18	7,1
Doenças do Aparelho Digestivo (520-577)	9	0,71	8,9
Doenças do Aparelho Génito-urinário (580-629)	4	0,32	5,4
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (680-709)	3	0,24	2,4
Doenças do Sistema Esquelético e do Tecido Conjuntivo (710-738)	6	0,48	1,8
Anomalias Congênicas (740-759)	16	1,26	3,6
Causas de Morbidade e Mortalidade de Perinatais (760-779)	4	0,32	9,5
Síntomas e Estados Mal Definidos (780-796)	10	0,79	2,4
Acidentes, Violências e Evenenamentos (E800-E999)	1	0,08	5,9
T O T A L	168	—	100,0

FONTE: Coleta Direta

* 12.665 pessoas foram matriculadas na unidade sanitária no período de mar. 71/out. 72

** 14 portuários não indicavam as suspeitas ou diagnósticos, pelo que não foram incluídos.

T A B E L A 8

Consultas hospitalares dos indivíduos que completaram a referência para o Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

N.º de consultas	Frequência	%
1	42	26,1
2	36	22,3
3	35	21,7
4	11	6,8
5	10	6,2
6	7	4,3
7	5	3,1
8	6	3,7
9	2	1,2
10 a mais	7	—
N/Especificada	9	—
TOTAL	170	—

FONTE: Coleta Direta $m = 3,27 \approx 3$

T A B E L A 9

Admissões de acordo com os serviços do Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

Serviços	Total de Indivíduos Matriculados	Admissões	%
Medicina	26	9	34,6
Cirurgia	17	10	58,8
Pediatria	49	11	22,4
Especialidade *	70	14	20,0
TOTAL	162	44	25,8

FONTE: Coleta Direta

* Reumatologia, Psiquiatria, Neurolgia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Genética Médica e Serviço de Fertilidade.

T A B E L A 10

Condições médicas responsável pelas admissões no Hospital Prof. Edgard Santos, Salvador. março 1971/outubro 1972

Grupos de Doenças	N.º de Admissões	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-136) ...	7	15,9
Tumores Malignos (140-209)	3	6,8
Tumores Benignos (210-239)	2	4,5
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (240-279)	5	11,3
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (280-289)	2	4,5
Doenças do Aparelho Circulatório (390-458) ...	3	6,8
Doenças do Aparelho Respiratório (460-519) ...	2	4,5
Doenças do Aparelho Digestivo (520-577)	5	11,3
Doenças do Aparelho Gêrito-Urinário (580-629)	4	9,0
Doenças do Sistema Esquelético e do Tecido Conjuntivo (710-738)	1	2,2
Anomalias Congênitas	10	22,7
TOTAL	44	100,0

FONTE: Coleta Direta

enças infecciosas e parasitárias, a tripanosomiase sulamericana e a esquistossomose mansônica foram as causas mais frequentes.

Em adição a isto, observa-se na Tabela 11 que 26, isto é, 59,1% dos 44 pacientes foram admitidos no hospital universitário por razões exclusivamente de natureza cirúrgica. Neste particular, as operações do tracto gastrointestinal, órgãos e tecidos anexos e as do aparelho urinário e genital masculino contribuíram cada com 34,6% de todas as cirurgias.

Em seguida procurou-se caracterizar o que sucedeu aos pacientes referidos para o hospital universitário no decorrer do período estudado. Assim procedendo, verifica-se na Tabela 12 as diversas ca-

tegorias em que foram classificados os pacientes que completaram a referência, ou seja, aqueles indivíduos matriculados no hospital de ensino. Denota-se nesta Tabela que 71 pacientes (43,9%) não mais retornaram à unidade sanitária, muito embora 9 (5,6%) desses pacientes tivessem tido alta hospitalar. Por seu turno, 54 (33,3%) dos indivíduos com referência completada, abandonaram completamente tanto o hospital como a unidade sanitária. Convém assinalar que 37 (22,8%) pacientes continuam frequentando regularmente a unidade sanitária. Desse 6 (3,7%) tiveram alta hospitalar, 16 (9,9%) abandonaram a orientação do hospital universitário e 15 (9,2%) continuavam com um seguimento regular em ambas as instituições.

T A B E L A 11

Tipos de intervenções cirúrgicas realizadas no Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

Tipos de Operações	N.º	%
Operações do Olho	1	3,8
Amigdalectomia e Adenoidectomia	2	7,7
Operações da mama	1	3,8
Operações do tracto gastrintestinal e dos órgãos e tecidos anexos	9	34,6
Operações do aparelho urinário e genital masculino	9	34,6
Operações dos órgãos genitais feminino excluindo as obstétricas	3	11,5
Operações dos vasos sanguíneos periféricos	1	3,8
TOTAL	26	100,0

FONTE: Coleta Direta

T A B E L A 12

Retornos para a unidade sanitária após atendimento no Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador, março 1971/outubro 1972

Categorias	N.º	%
Seguimento no hospital universitário e na unidade sanitária	15	9,2
Alta hospitalar com retorno para a unidade sanitária	6	3,7
Seguimento no hospital universitário sem retorno para a unidade sanitária	62	38,3
Alta hospitalar sem retorno para a unidade sanitária	9	5,6
Abandonou o hospital universitário com retorno para a unidade sanitária	16	9,9
Abandonou o hospital e a unidade sanitária	54	33,3
TOTAL	162	100,0

FONTE: Coleta Direta

Finalmente, analisando o grupo de pacientes que não completou a referência para o hospital universitário — Tabela

13 — verifica-se que 86,8% dos indivíduos abandonaram a unidade sanitária logo em seguida à referência.

T A B E L A 13

Retornos entre os que não completaram referência para o Hosp. Prof. Edgard Santos.

Categorias	N.º	%
Seguimento regular na unidade sanitária	24	13,2
Abandonou a unidade sanitária após referência	158	86,8
TOTAL	182	100,0

FONTE: Coleta Direta

4 — DISCUSSÃO

O sistema de consultas desenvolvido entre a unidade sanitária e o hospital universitário representa importante etapa no programa de assistência médica ora em evolução na comunidade do Nordeste de Amaralina. Algumas falhas, evidentes no presente trabalho, necessitam ser consideradas, para que no futuro, os benefícios oriundos desse tipo de relacionamento, possam ser estendidos a outras áreas do sistema assistencial ora em prática na comunidade de Salvador.

A elevada demanda por serviços de saúde imposta pela população ao nível dos centros e das unidades sanitárias, faz pensar na necessidade de se definir claramente a função de cada uma dessas entidades no sistema de assistência médica, bem como as funções do hospital de ensino como um centro de consulta, para que se possa alcançar uma elevada qualidade na prática médica.

O papel da unidade sanitária como centro de triagem foi bem compreendido pela equipe de saúde, tanto que todas as referências para o hospital universitário

tiveram sempre o seu início estabelecido por uma decisão do médico, face à natureza dos problemas que envolvia os pacientes sob seus cuidados. Neste particular, um total de 170 pacientes que completaram a referência para o hospital universitário, 57 (33,4%), foram referidos com o objetivo de estabelecer o diagnóstico, enquanto que os demais pacientes, 113 (66,4%), para complementarem o diagnóstico e receberem o tratamento médico adequado.

A folha de referência serviu como excelente meio de comunicação entre o médico da unidade sanitária e o consultor-médico ou especialista do hospital de ensino. Todavia, seu valor foi apenas unidirecional, isto é, do médico da unidade sanitária para o hospital. O consultor médico ou especialista do hospital de ensino em nenhum momento preocupou-se em fazer retornar esta folha à unidade sanitária. Assim procedendo, verificou-se que num total de 120 prontuários (74,1%) a folha de referência continuava retida no prontuário médico; por sua vez 14 folhas (8,6%) foram entregues por uma das arquivistas, no momento em que se

iniciava a revisão no hospital universitário; por fim, em 28 ocasiões (17,3%) a folha de referência não foi localizada. Esta falha no sistema de intercomunicação não permitia ao médico da unidade tomar conhecimento dos problemas médicos e do tipo de tratamento adotado pelo hospital, ao tempo do retorno de seu paciente à unidade de saúde. Além do mais, a importância da referência na continuação da educação do médico geral nunca foi alcançada no atual sistema.

Os problemas ora descritos não constituem uma peculiaridade do sistema de relacionamento entre a unidade sanitária e o hospital de ensino. WILLIAMS e cols¹⁵ estudando a prática de referir pacientes para um hospital universitário, verificaram que o sistema de comunicação é precário em ambos os sentidos. Por seu turno, GODBER⁶ reconhece a necessidade de melhorar o sistema de intercomunicação entre o hospital e a prática médica. É evidente, que para se estabelecer um sistema de intercomunicação eficiente é fundamental o envolvimento da estrutura administrativa e médica do hospital de ensino, do médico da comunidade e do paciente. Um sistema dessa natureza poderia, num futuro não muito distante, enfatizar o papel do hospital de ensino como um centro de consultas.

Infelizmente, estudos dessa natureza não foram conduzidos em outras comunidades brasileiras. Desse modo os resultados ora observados só podem ser comparados com os de outras áreas como os Estados Unidos e, sobretudo, a Inglaterra que, face às características dos seus sistemas de saúde necessitam avaliar continuamente o relacionamento do médico geral com o hospital. Convém logo assinalar que estas comparações têm valor limitado e meramente científico. Uma série de circunstâncias

tais como a população, o nível cultural, sócio-econômico e tecnológico de nossas comunidades, bem como as características da assistência médica ora vigente em nosso país, diferem em muito daquilo que se observa nos países de tecnologia avançada como os acima referidos. Em adição a isto, é conveniente assinalar que a metodologia adotada no presente estudo difere também da metodologia usada pelos diferentes autores que analisaram a prática de referir pacientes para hospitais e centros universitários.

Feitas estas advertências, certas comparações internacionais poderiam ser de grande interesse para avaliar as características do sistema de referência ora desenvolvido pela unidade sanitária e o hospital universitário.

A equipe médica da unidade sanitária referiu para o hospital universitário no período de 20 meses um total de 352 indivíduos, correspondendo a uma taxa de referência de 2,7/100 pessoas matriculadas na unidade de saúde. Tomando em consideração apenas os que completaram a referência, esta taxa decresce para 1,3/100 pessoas. Esta taxa difere sobre o modo das observadas por LOCAN e cols⁸, HOPKINS⁷ e FRY⁵. Estes autores, analisando o fluxo de pacientes de serviços de clínica geral para os hospitais, inclusive centros universitários, obtiveram médias respectivamente de 11,3, 12,5 e 3,8/100 indivíduos.

Depreende-se da análise desses percentuais que o médico geral bem como o paciente, face ao sistema nacional de saúde vigente na Inglaterra, tendem a se beneficiar mais prontamente do sistema hospitalar, o mesmo não ocorrendo com o médico geral trabalhando em uma unidade sanitária localizada numa comunidade urbana na Cidade de Salvador. Além disso, e devido a certas características culturais e econômicas, o paciente em

nossa comunidade não percebe imediatamente a importância de ir ao hospital para complementar ou obter um diagnóstico. Assim é que, 1,4% dos pacientes referidos pelo médico da unidade de saúde não completaram a referência para o hospital universitário. Seria de fundamental importância, porém, além do escopo do presente trabalho, identificar as causas que levaram esses pacientes a não completarem a referência.

Um outro item de interesse para comparação está relacionado com a idade e o sexo da população referida para os hospitais, incluindo centros universitários. No estudo ora apresentado e considerando apenas os indivíduos que completaram a referência, verificou-se um excesso de indivíduos do sexo masculino para todas as faixas etárias exceto as compreendidas entre 15 a 54 anos, nas quais houve uma predominância do sexo feminino. HOPKINS⁷ analisando uma prática médica em Londres também observou um excesso de mulheres em relação ao grupo etário de 15 a 34 anos, atribuindo este fato, principalmente às condições clínicas de natureza obstétrica e ginecológica. No nosso estudo e considerando a faixa etária de 15 a 34 anos, verificou-se que as doenças parasitárias sobretudo a tripanossomiose sulamericana e a esquistossomose, a epilepsia e certas doenças mentais além de outras condições médicas como hipertensão arterial, doenças das vias biliares, etc. foram as principais causas responsáveis pelo excesso de pacientes do sexo feminino. No entanto, se considerarmos uma faixa etária mais ampla, isto é, 15 a 54 anos, os problemas ginecológicos predominaram sobre qualquer outra condição médica.

As referências foram analisadas em relação aos serviços do hospital universitário (Tabela 4). Ficou bem evidente, como era de se esperar, que os serviços especializados absorveram 38,8% de to-

das as referências efetuadas pela unidade de saúde. Este percentual não difere do observado por SCOTT e GILMORE¹² com relação aos hospitais de Edinburgh, pois, se adicionarmos os percentuais observados por estes autores para dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, ginecologia e psiquiatria, denota-se que estes serviços hospitalares absorveram 47,0% de todas as referências. O serviço de pediatria do hospital universitário absorveu 31,0% de todas as referências efetuadas pela unidade sanitária. Este percentual foi 6 vezes maior que o observado por SCOTT e GILMORE¹² com relação aos serviços de pediatria dos hospitais de Edinburgh, os quais receberam, apenas, 5,0% de todas as referências. Essa marcante diferença está certamente relacionada aos padrões de doenças de cada uma das áreas.

Vimos anteriormente que decorriam em média 11 dias até que o paciente completasse a referência para o hospital universitário. Esta longa demora poderia ser explicada por várias razões, a saber: ação administrativa do próprio hospital, isto é, o horário da matrícula e número de vagas nos diferentes serviços, além da exigência do registro de nascimento ou de outro documento de identificação, os quais, na maioria das vezes, o indivíduo não dispõe; de ordem econômica, pois, a maioria dos pacientes que frequenta a unidade sanitária provém de baixo nível socio-econômico, pelo que, lhe faltaria dinheiro para o transporte e para pagar a matrícula no hospital; finalmente, a atitude do próprio paciente em entender o significado de sua doença e a necessidade de ir em busca do tratamento adequado.

A taxa de admissão no Hospital (Tabela) foi de 25,8%. A maior proporção de internamentos ocorreu no serviço de cirurgia, enquanto que a menor proporção foi observada para os serviços especiali-

zados do hospital universitário. A taxa de 25,8% compara-se às observações por BACKETT e cols¹, 29,8% e MACAULAY⁹ 26,0%, apesar das diferenças nos padrões de morbidade entre as duas áreas.

Nenhuma tentativa foi efetuada pelo autor para verificar se os percentuais de internamento foram influenciados pela existência de leitos no hospital de ensino. FORSYTH e LOGAN⁴ observaram que a simples existência de leitos não é uma boa indicação de que a provisão hospitalar está adequada.

Os resultados apresentados na Tabela 11 mostram que 125 pacientes (77,2%) não mais retornaram à unidade sanitária. Seria de fundamental interesse analisar este grupo de pacientes, no sentido de identificar as razões que levaram os mesmos a abandonar a unidade sanitária. Uma possível explicação para o fato, é que a equipe médica não expõe claramente ao paciente, ao tempo da referência, a necessidade de seu retorno para a unidade de saúde. Perde-se com isto a oportunidade de promover a continuação da assistência médica tão importante num sistema dessa natureza.

5 — COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

O estudo ora efetuado procurou analisar certas características do sistema de referência entre uma unidade sanitária e

o hospital universitário Prof. Edgard Santos, ambos localizados na zona urbana da Cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

Ficou bem claro a necessidade de se estabelecer um adequado meio de comunicação entre a equipe médica da unidade sanitária, o consultor médico ou especialista do hospital de ensino e o paciente, indicando que esta comunicação teria as vantagens de elevar a qualidade de assistência como, também, promover a continuação da educação do médico da unidade de saúde.

As comparações internacionais analisadas mostram haver algumas diferenças com relação ao fluxo de pacientes para o hospital e na utilização de serviços hospitalares. Todavia, indicaram, que certas características da população, o nível cultural, sócio-econômico, tecnológico e o próprio sistema de assistência médica ora vigente nas comunidades brasileiras, poderiam, conjuntamente, explicar as diferenças observadas.

Finalmente assinalam a necessidade de se analisar mais profundamente as razões que levaram 125 (77,2%) pacientes a abandonarem a continuidade da assistência médica na unidade sanitária. Sugere que o médico da unidade deveria, ao tempo da referência, expor claramente ao paciente a necessidade do seu retorno à unidade sanitária.

RSPU-B/162

PUGLIESE, C. — [An operational study of the referral system between a health unit and the Prof. Edgard Santos University Teaching Hospital (Bahia) Brazil]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:73-92, 1973.

SUMMARY: A study was made aiming at to analyse a referral system developed by a health unit located in a non-organized community and the Prof. Edgard Santos University Teaching Hospital of the Federal University of Bahia. From March, 1971 up to October, 1972, 352 out of 12,665 patients first seen in the health unit were referred by the health team to the university teaching hospital. Out of 352 only 170 got a complete reference during

the above period. The value of the referral process was shown to be only unidirectional. International comparisons were made in regard to the flowing of patients to the hospital, age, sex, the nature of services provided by the teaching hospital in the OPD as well as in the In-Patient services. The returns of patients to the health unit among who had those completed the referral to the university hospital were shown to be very low. The reasons to explain these low rate of returns were not apparent in the present study.

UNITERMS: *Community health services**; *Hospital, referral sistem**; *Hospital teaching**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BACKETT, E. M. et al. apud THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS — *Present state and future needs*. 2nd ed. London, 1970. [mimeografado]
2. CLASSIFICAÇÃO Internacional de Doenças: Revisão 1965. Washington, D.C., Organização Panamericana da Saúde, 1969. v. 1 (Publicação científica n.º 190).
3. CLASSIFICAÇÃO Internacional de Doenças: adaptação para índice de diagnóstico de hospitais e classificação de operações. Washington, D.C., Organização Panamericana da Saúde, 1966. (Publicação científica n.º 126).
4. FORSYTH, G. & LOGAN, R. F. L. apud BIERMAN, P. et al. — Health services research in Great Britain. *Milb. mem. Fund. Quart.*, 46 (1, pt. 1): 9-102, 1968.
5. FRY, J. — Why patients go to hospital, a study of usage. *Brit. med. J.*, 2:1322-7, 1959.
6. GODBER, G. E. — Trends in general practice. *Lancet*, 2:224-9, 1959.
7. HOPKINS, P. — Referrals in general practice. *Brit. med. J.*, 2:873-7, 1956.
8. LOGAN, W. P. D. apud THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS — *Present state and future needs*. 2nd ed. London, 1970. [mimeografado]
9. MACAULAY, D. — "Dear doctor, please see": reflections on the work of a general pediatric outpatient clinic. *Lancet*, 2:400-3, 1964.
10. PETERSON, O. L. et al. — An analytical study of North Carolina general practice. *J. med. Educ.*, 31 (12, pt. 2):1848, 1956.
11. PUGLIESE, C. et al. — Plano de desenvolvimento comunitário do Nordeste de Amaralina (Município de Salvador). I. Inquérito de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A SAÚDE DA COMUNIDADE: A Estatística como Instrumento de Trabalho. Manguinhos, GB, 1969. *Anais*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Escolas Médicas, 1969.
12. SCOTT, R. & GILMORE, M. apud THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. *Present state and future needs*. 2nd ed. London, 1970. [mimeografado]
13. TAUBENHAUSS, L. J. — A study of one rural practice, 1953. *Gen. Practit.* 12:97-102, 1955.
14. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. — *Mudança de papel do hospital universitário numa comunidade brasileira: um projeto experimental*. Salvador, BA., 1970.
15. WILLIAMS, T. F., et al. — Patient referral to a University clinic: patterns in a rural state. *Amer. J. Publ. Hlth.*, 50:1493-507, 1960.

AGRADECIMENTOS

Ao estatístico José Albuquerque Lopes, bem como ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Prof. Edgard Santos, pela valiosa colaboração, sem a qual, dificilmente, poderia ser realizado o presente trabalho.

Recebido para publicação em 14-3-1973

Aprovado para publicação em 4-4-1973

A N E X O

UFBA — SESAP FICHA DE REFERÊNCIA PARA CONSULTA CLÍNICA —	UNIDADE DE ORIGEM		
IDENTIFICAÇÃO			
NOME DO PACIENTE	SEXO	COR	DATA NASCIMENTO
NOME DO MÉDICO QUE FAZ A CONSULTA	DATA DA REFERÊNCIA		
MOTIVO DA CONSULTA			
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS A QUE CHEGOU O MÉDICO QUE FAZ A CONSULTA			
1			
2			
3	4		
	5		
ESTUDOS A QUE JÁ FOI SUBMETIDO O PACIENTE E SEUS RESULTADOS (Resumo dos principais achados do exame clínico e dos exames complementares).			

