

## TRANSFORMAÇÕES DE UM AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTEGRAL COM VISTAS A UM PROGRAMA DE ATENÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA

A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.\*

José Carvalho de Noronha \*\*  
Jane de Araujo Oliveira \*\*  
Ricardo Donato Rodrigues \*\*\*  
Jayme Landmann \*\*\*\*

RSPU-B/376

NORONHA, J. C. de et al. *Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 11: 429-43, 1977.*

RESUMO: Após breve discussão de aspectos da assistência médica ambulatorial, são apresentadas as propostas de reorganização dos serviços ambulatoriais do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com vistas ao estabelecimento de um programa de medicina integral. Também são apresentados os dados de uma pesquisa sobre padrões de utilização do ambulatório. Alguns aspectos docentes do programa são discutidos.

UNITERMOS: Ambulatório, assistência. Hospital, ambulatórios. Assistência médica. Assistência médica primária.

### INTRODUÇÃO

Apesar de sempre ter se constituído em um aspecto crucial da prática médica, é de data relativamente recente a preocupação com a organização dos serviços ambulatoriais e mais recente ainda as tentativas das escolas médicas de aumentarem sua participação no conjunto das experiências docentes, às quais são submetidos os alunos. Os já clássicos estudos de White<sup>11</sup>

evidenciando a grande proporção de indivíduos que procuram assistência ambulatorial e a minoria que é submetida aos processos de hospitalização, apenas vieram dar substrato científico a uma observação corriqueira. Enquanto 72 dos entrevistados procuravam alguma forma de atendimento ambulatorial, apenas 10% eram hospitalizados ao longo de um ano. A despeito desta

\* Trabalho realizado pelo Instituto de Medicina Social e Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com auxílio financeiro da Fundação Kellogg e apoio técnico da Organização Panamericana da Saúde.

\*\* Do Instituto de Medicina Social da UERJ — Rua Teodoro da Silva, 48 — 5º andar — Vila Isabel — ZC 11 — Rio de Janeiro — RJ — Brasil,

\*\*\* Da Faculdade de Ciências Médicas e do Instituto de Medicina Social da UERJ.

\*\*\*\* Do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ — Rio de Janeiro — RJ — Brasil.

constatação, igualmente clássico é o ensino médico centrado em enfermarias, muitas vezes de hospitais especializados ou com alto nível de sofisticação tecnológica.

Dois aspectos são importantes para a compreensão do papel desempenhado pelas enfermarias na formação do médico, e das dificuldades para o reforço do ensino ambulatorial. Um, ligado às origens da clínica, em que se tornou necessário que indivíduos fossem circunscritos ao leito de um hospital para que sobre eles fosse exercido um ato de conhecimento, radicado na clínica contemporânea, dado que esta tem suas origens justamente no surgimento da medicina hospitalar<sup>6</sup>.

O segundo aspecto consiste no fato de que o campo de experimentação e ensino deveria comportar um elevado nível de sofisticação técnica, com as mais recentes aquisições da ciência para que o saber adquirido nas enfermarias pudesse, proveitosamente, ser aplicado nos grupos sobre os quais se exerceria a medicina, isto é, aqueles grupos sociais mais privilegiados que podiam comprar os serviços médicos<sup>10</sup>.

Esses dois aspectos estão na raiz das dificuldades encontradas para a implantação de mecanismos mais eficazes de assistência médica e talvez expliquem o paradoxo apontado por Ferreira<sup>5</sup> (1975), onde assinala a contraposição dos objetivos, propostos, da formação médica e aquelas, de fato, da carreira docente: "De um lado se propõem a formação de um médico indiferenciado e de outro se qualifica o docente por seu grau de diferenciação". Esta observação é valiosa para compreendermos as dificuldades que serão encontradas na implantação de projetos voltados para a assistência ambulatorial, e também a lentidão com que se desenvolvem esses projetos.

A especialização crescente que assistiu a medicina em nosso século e a tradicional

estrutura de cátedras universitárias adicionaram obices ao deslocamento do ensino para os ambulatórios, e estes se constituíram ao longo das mesmas especialidades que se dividiam as cátedras e funcionavam como apêndices das enfermarias. Eram mais pontos de drenagem e seleção para internações de pacientes que se prestassem mais ao "ensino" levando muitas vezes a distorções na instituição de nosografia altamente selecionada\*. Este processo também não foi gratuito pois obedecia aos modelos importados de assistência médica, que buscavam assegurar a nossas elites uma assistência compatível com a que se desenvolvia no estrangeiro, dado que seus processos patológicos se aproximavam daqueles dos países mais desenvolvidos<sup>1</sup>.

Apesar dessas observações estamos assistindo uma mudança que sem dúvida permitirá passagem das formulações teóricas ao exercício concreto de novos conceitos. Assim é que as ponderações de Bastos<sup>1</sup>, em documento apresentado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, de que "enquanto os profissionais e as instituições são tradicionais e orientadas para o mercado de serviços de saúde do cliente que paga, freqüentemente não se ajustam às necessidades da população pobre. Verifica-se então que será necessário reformular tudo, desde o currículo do aparelho formador de profissionais da saúde, à estrutura das organizações que vão administrar a prestação dos serviços e os níveis salariais das várias categorias que integram as equipes de saúde", constituem em estímulo poderoso às tendências inovadoras.

Dando corpo às reformulações propostas por Bastos<sup>1</sup>, é o próprio Ministério de Educação e Cultura (MEC), através de seu Departamento de Assuntos Universitários, quem nos diz ser "indispensável formar profissionais conforme uma concepção médico global, isto é, no sentido bio-psico-social e voltados para os problemas

\* Relatório do Grupo 3, do III Curso de Administração de Sistemas de Saúde. Escola Interamericana de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1974. Inédito.

da saúde comunitária"<sup>4</sup>. Esta observação acrescenta à necessidade de uma visão integral de cada paciente a importância de serem tomadas medidas no sentido de estender o alcance de prestação de serviços médicos ao conjunto de população, de se romper com atendimento de demanda e buscar o reconhecimento e as possibilidades de satisfação das necessidades comunitárias de saúde. Aliado a isto, está a busca das formas mais econômicas de operação do sistema de saúde.

Um dos pontos básicos desta reorientação vem se dar no reforço dos mecanismos de atenção médica primária. Relegada a plano secundário na formação do médico, assistimos agora o seu renascimento.

Atenção primária é medicina simplificada ao prescindir de sofisticação tecnológica e, ao mesmo tempo, abrangente e diversificada ao destinar-se a cobrir, de modo global, as necessidades de saúde de grandes contingentes populacionais.

Se, por um lado, a especialização médica pretende interferir ao nível de entidades patológicas específicas e complexas, através do aproveitamento exaustivo dos aprimorados recursos tecnológicos concentrados no interior de centros médico-hospitalares de alto custo, por outro lado não tem conseguido superar problemas relacionados à discontinuidade, falta de coordenação, justaposição e duplicação de serviços, bem como aqueles decorrentes da impropriedade para atender de modo compreensivo o fluxo contínuo e as expectativas psicossociais dos pacientes.

As considerações anteriores permitem delimitar algumas características e formular objetivos gerais para os serviços de atenção primária:

- 1 — Facilitar o acesso da população aos serviços de saúde.
- 2 — Atender as condições clínicas comuns.

- 3 — Remeter às especialidades problemas médicos de maior complexidade.
- 4 — Assegurar atendimento inicial e responsabilizar-se pela triagem, em situações de emergência.
- 5 — Articular-se com as demais instâncias ou níveis de atenção com fins de:
  - a) assegurar, para toda a população, a máxima utilização dos recursos de saúde disponíveis;
  - b) dar continuidade ao processo de atenção médica evitando duplicidade ou interrupção terapêutica, assim coordenando o tratamento de cada paciente;
  - c) prestar orientação geral aos pacientes e às famílias.
- 6 — Desenvolver métodos e técnicas que visem o diagnóstico precoce das enfermidades.
- 7 — Aplicar recursos de prevenção primária, participando de programas de saúde pública.
- 8 — Avaliar continuamente os serviços prestados, aplicando para isto recursos próprios de investigação.

#### O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UERJ

O Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HC/UERJ) não escapou ao processo de transferência para o ambulatório de suas clínicas e serviços especializados. Em 1972 o Departamento de Medicina fazia-se representar com 4 serviços ambulatoriais de clínica médica e 7 de especialidades médicas; o Departamento de Cirurgia com 3 serviços de clínica cirúrgica e 8 de especialidades cirúrgicas; e havia ainda as seções especializadas com 9 serviços ambulatoriais. O

paciente que chegava ao hospital tinha que necessariamente ser decomposto em aparelhos ou órgãos para receber os cuidados que necessitava. Como muitas vezes padecesse de males em diferentes órgãos, era tratado simultaneamente em diferentes serviços e os "pedidos de parecer pingue-pongueavam" os pacientes entre os diversos serviços. Como assinalou Landmann<sup>9</sup>, isto leva "a uma fragmentação característica de uma Medicina de tecnologia avançada e completamente desumanizada". Mais ainda criam-se "problemas graves, não só de assistência médica, como de preparo profissional. Formamos médicos que sabem atender dentro de subespecialidades exigindo exames complementares sofisticados e tornando a Medicina desnecessariamente cara e restrita".

O paciente é assistido por múltiplas clínicas e vários médicos, sem ter um médico específico. As múltiplas clínicas são em geral subespecialidades e os superespecialistas não tem o desejo nem a capacidade de tomar conta integralmente do paciente. Há assim uma fragmentação de cuidados, falta de seguimento, descaso por sintomas importantes relacionados com a especialidade e falta de médico a quem o paciente possa identificar como responsável por seu tratamento.

Para fazer face a esse problema, e obviamente que não se tratava de extinguir as especialidades e sim de reorientar a sua utilização, foi estabelecido o Ambulatório de Medicina Integral (AMI) dentro dos serviços ambulatoriais do Hospital. Inicialmente este Ambulatório funcionou como um centro de triagem, e poucos pacientes eram cuidados de maneira contínua por ele. Pouco a pouco, entretanto, foi crescendo a importância desse serviço, até que em fins de 1974, diante da mudança de local físico dos serviços ambulatoriais do hospital que exigiam um planejamento adequado de suas

novas facilidades e, primordialmente, porque se previa assinatura de convênio global com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi organizado um Grupo de Trabalho para reorientar as atividades do ambulatório principalmente quanto aos aspectos de "articulação do Ambulatório de Medicina Integral com as especialidades clínicas e cirúrgicas" e as "condições de integração ensino-prestação de serviços".

Em vista dessas ponderações, o Grupo de Trabalho propôs uma nova estrutura:

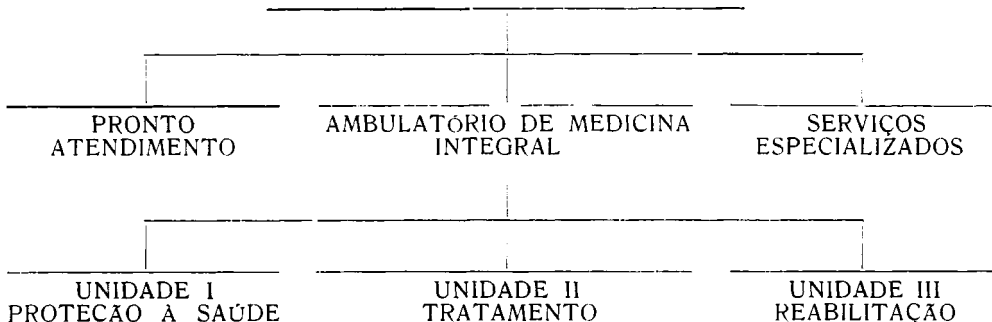
- 1) Todo atendimento primário do paciente se dá no AMI, que deve acompanhar os pacientes, salvo nos casos previstos no item 3.
- 2) O atendimento no AMI deve contemplar as atividades de promoção e proteção da saúde, tratamento e reabilitação dos enfermos.
- 3) A referência aos serviços especializados se dá apenas nos casos:
  - de solicitação do parecer diagnóstico ou terapêutico, devendo, neste caso, o paciente retornar a seguimento no AMI, salvo quando houver requisição especialista para seu seguimento; a solicitação de parecer deverá ser autorizada pelo supervisor;
  - especiais de maior complexidade ou gravidade, que necessitam de acompanhamento especializado. A decisão de referência será tomada com aval do supervisor;
  - que necessitam do procedimento propedêuticos ou terapêuticos específicos (ortopedia, proctologia, urologia);
  - em estudo pela especialidade ou seguimento de pacientes que estiverem internados mediante comunicação por escrito à chefia do ambulatório.

\* Relatório do Grupo de Trabalho para Reestruturação do Ambulatório do HC/UERJ. 1975. Inédito.

- 4) A ginecologia, obstetrícia e pediatria passam a fazer parte do AMI, funcionando de maneira coordenada e simultânea com ele.
- 5) Cria-se uma unidade de pronto-atendimento que cobre os casos de alguma urgência não marcados ou casos que necessitam de atendimento imediato.

A estrutura proposta é a seguinte:

**COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO**



Esta estrutura diz respeito apenas às atividades de consulta ambulatorial.

**COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO**

A coordenação do ambulatório será executada por um coordenador, indicado pela direção do Hospital, assessorado por um Grupo de Trabalho permanente que se reunirá quando solicitado pela coordenação. A esta caberá a supervisão geral dos serviços de ambulatório e integração e coordenação dos serviços auxiliares ligados a consultas. A partir desta hora os casos seriam atendidos pelo plantão do hospital.

**AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTEGRAL**

**Unidade I**

A Unidade I (de proteção à saúde) do AMI englobará, inicialmente, os ambulatórios de obstetrícia (pré-natal+controle puerperal) mais puericultura e genética, dando cobertura às atividades de proteção da saúde de mães e crianças e aconselhamento genético, baseando-se numa etapa futura a extensão de suas atividades para exames periódicos de saúde e exames de mama. Teria de se estudar a inclusão, a

curto prazo, de exames para prevenção do câncer ginecológico. Esta unidade constituirá a ponta de lança do serviço ambulatorial para a comunidade, sendo que os programas conjuntos com o serviço social teriam sua base (programas de medicina familiar, visitação domiciliar e investigação epidemiológica).

**Unidade II**

A Unidade II (tratamento) constituirá o ponto central da consulta externa por onde passarão todos os pacientes enfermos que visitam o hospital. Será lotada por internos e residentes através de entendimentos entre coordenação do Ambulatório e o Serviço de Residentes.

**Unidade III**

Os serviços especializados contarão com uma supervisão administrativa própria, designada pelo coordenador do Ambulatório, a cobertura de pessoal para estes serviços estará a cargo da coordenação e a sua lotação se dará mediante solicitação aos serviços competentes. No momento funcionarão os seguintes serviços:

Do Departamento de Medicina:

- Neurologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Tisiologia e Pneumologia
- Doenças Infecto-parasitárias
- Gastroenterologia
- Angiologia
- Nefrologia
- Reumatologia
- Hematologia

Do Departamento de Cirurgia:

- Odontologia
- Cirurgia Vascular
- Cirurgia Plástica
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Urologia
- Proctologia
- Cirurgia Geral
- Neurocirurgia
- Ginecologia
- Ortopedia

Como medida de implantação de nova estrutura, tentou-se primeiramente enfatizar o setor de tratamento do AMI, deixando-se para etapa posterior uma atuação aos setores de prevenção e reabilitação. Esta tática deveu-se ao fato de ser este setor o que contava com maior demanda e também por não implicar modificações profundas na estrutura do atendimento ambulatorial no Hospital, seguramente passível de encontrar maiores resistências por parte de setores mais conservadores.

Mesmo assim, a nova estrutura, apenas no setor de tratamento não foi de fácil implantação. Oito meses após sua proposição pelo Grupo de Trabalho, o AMI ainda responde pela metade tanto das consultas novas quanto do total de consultas produzidas pelo ambulatório como

um todo (Tabela 1). Isto sugere que pacientes ainda podem marcar consultas diretamente em serviços especializados e que há grande drenagem para estes serviços por parte do AMI. Entretanto, pode-se observar pela Tabela 1 que a tendência é crescente; enquanto no início do ano as primeiras consultas no AMI respondiam apenas por 25,9% do total das primeiras consultas do ambulatório, conseguiu-se atingir em junho a proporção de 51,7%. Como houve crescimento em valores absolutos do número de consultas no ambulatório, podemos estimar que de fato começou a haver uma modificação na mentalidade do atendimento ambulatorial.

Alguns problemas persistiram em dois setores: O atendimento a pacientes com problemas ginecológicos corriqueiros que deveria ser feito na Medicina Integral, por motivos inerentes a estrutura do Ambulatório, continuou a ser feito pelo serviço de Ginecologia. A questão devia-se a dois fatores: a) que as salas de consulta não são equipadas com mesa ginecológica nem há material para exame ginecológico; b) a carência, por parte dos supervisores, de conhecimentos sólidos de ginecologia que pudessem garantir um atendimento satisfatório às pacientes. A solução encontrada para este problema foi destinar duas salas da Ginecologia para a Medicina Integral, sob supervisão de um ginecologista, que eram utilizadas pelos médicos e estudantes da Medicina Integral para atendimento de suas pacientes.

O outro setor que não foi absorvido integralmente pela Medicina Integral foi o de Pediatria. A organização dos serviços ambulatoriais de um grande hospital como o HC/UERJ dificulta o atendimento indiscriminado de adultos e crianças por uma unidade de consulta. A solução adotada foi a de incorporação nominal do Ambulatório de Pediatria ao Serviço de Medicina Integral, tentando-se garantir que os princípios que norteiam a Medicina Integral a ele fossem estendidos.

NORONHA, J. C. de et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:429-43. 1977.

TABELA 1

Número de consultas produzidas no Ambulatório de Medicina Integral AMI e Ambulatório Central do HC/UERJ e percentagem sobre o total de consultas novas e total de consultas.

ANO	Amb. Med. Int.		Amb. Central		% Novas (1) / (3)	% Total (2) / (4)
	Novas (1)	Total (2)	Novas (3)	Total (4)		
1972	4096	16780	20362	80820	20,1	20,8
1973	3561	17762	15439	77404	23,0	22,9
1975						
Jan./Abr.	2877	9709	8576	38700	33,5	25,1
Maió/Ago.	5437	21194	12177	64267	44,6	33,0

Fonte: Serviço de Documentação Médica do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Sob o ponto de vista do treinamento de internos e residentes essas questões são contornadas pelo tradicional esquema de rodízio.

#### Análise Funcional:

Para compreendermos melhor que papel vem desempenhando o AMI, foi realizada uma pesquisa para verificação de alguns aspectos de sua utilização por Santos e cols.\*, que reproduzimos a seguir.

Foi retirada uma amostra sistemática de 10% do universo de pacientes que compareceram pela primeira vez à consulta em 1973, num total de 300, a partir do livro de matrículas do HC/UERJ.

Desse total foram utilizados dados de 277 prontuários. Vinte e três não foram aproveitados por não corresponderem a pacientes do AMI ou por extravio do prontuário no arquivo.

Foram colhidas informações do prontuário de cada paciente, a saber:

#### A) Identificação:

- 1 — Registro;
- 2 — Nome;
- 3 — Endereço.

#### B) Características dos pacientes:

- 1 — *Procedência*: classificada em grupos de acordo com a distância geográfica do HC/UERJ.
  - a) IXª Região Administrativa.
  - b) VIII, XIV, VII, I, III Regiões Administrativas.
  - c) Outras, GB e Grande Rio.
  - d) Outros Estados.
- 2 — *Idade*: medida em anos completos e posteriormente agrupada em faixas etárias de 10 anos, a 70 anos.
- 3 — *Estado civil*: classificado em:
  - a) Casado
  - b) Solteiro
  - c) Viúvo
  - d) Desquitado

\* Pesquisa operacional sobre o Ambulatório de Medicina Integral do HC/UERJ. 1975. Inédito.

4 — *Ocupação*: classificada segundo a tabela de Hutchinson <sup>8</sup>, modificada, com a introdução das categorias domésticas e estudantes, e posteriormente agrupadas em 6 categorias:

- a) Habilidades manuais, semi-especializadas, inspeção e supervisão de nível inferior.
- b) Inspeção e supervisão de nível superior, profissionais e administradores
- c) Estudante
- d) Doméstica
- e) Aposentado
- f) Desempregado
- g) Não refere

C) Dados relativos à primeira consulta:

Foi definida como primeira visita do paciente ao AMI por determinada queixa ou a única visita caso não tenha havido retorno.

1 — *Nível diagnóstico alcançado* — classificado em:

- a) Um diagnóstico definitivo
- b) Um diagnóstico provisório
- c) Dois diagnósticos
- d) Sintomas ou história apenas
- e) Diagnóstico múltiplos
- f) Nada de anormal encontrado

Os itens dois diagnósticos e diagnósticos múltiplos só foram considerados em caso de diagnósticos definitivos.

2 — *Padrão de morbidade* — verificado através dos diagnósticos mais frequentes, classificados de acordo com a lista de 70 grupos de causas para tabulações de morbidade da Classificação Internacional das Doenças, revisão de 1965 da OMS, ligeiramente adaptada. Posteriormente foram reagrupadas em 12 grupos maiores.

- a) Doenças infecciosas e parasitárias.

b) Neoplasma

c) Doenças alérgicas metabólicas e endócrinas

d) Doenças do sangue

e) Doenças mentais

f) Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos

g) Doenças do Aparelho Circulatório

h) Doenças do Aparelho Digestivo

i) Doenças do Aparelho Gênito-Urinário

j) Doenças da pele

l) Doenças dos ossos

m) Outras.

3 — *Utilização de exames complementares* — os exames foram agrupados em algumas categorias. A tabulação foi feita por unidades de serviço consumidas, de acordo com a tabela do INPS, numa tentativa de se avaliar superficialmente em quanto os exames oneram as consultas.

4 — *Pedido de parecer especializado* — classificado em:

- a) Sem pedido
- b) Um pedido
- c) Dois pedidos

Em caso de haver mais de dois pedidos, somente foram anotados os dois primeiros.

5 — *Destino do paciente após a primeira consulta*:

- a) Internado do HC/UERJ
- b) Internado em outro hospital
- c) Permanecer no AMI
- d) Encaminhado a ambulatório de outro hospital
- e) Encaminhado a outro ambulatório do HC
- f) Alta
- g) Ignorado



6 — *Retorno do paciente* — medido pelo número de consultas nos 6 (seis) meses seguintes nos casos que permaneceram no AMI

7 — *Categoria do prestador da atenção* — classificado em:

- a) Interno
- b) Residente
- c) Médicos Supervisores

## RESULTADOS

Há uma predominância de pacientes do sexo feminino com uma taxa de 60% do total, e uma concentração nas faixas etárias de 20-29 anos com 28% do total e seguindo-se as faixas de 30-39 com 17% e 40-49 com 18%, perfazendo cerca de 50% dos pacientes na faixa de 20-45 anos (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição dos pacientes que compareceram pela primeira vez à consulta no AMI, por idade e sexo, 1973, HC/UERJ.

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10—19	21	11	14	16	35	13
20—29	57	31	20	22	77	28
30—39	31	17	15	17	46	17
40—49	29	16	20	22	49	18
50—59	20	11	9	10	29	10
60—69	12	7	10	11	22	8
70 +	13	7	2	2	15	5
Total	183	100	90	100	273	100

Os pacientes distribuem-se por todas as regiões do Grande Rio, não havendo concentração por área geográfica, já que o item Outras Regiões Administrativas, Grande Rio, embora inclua a maioria da população também implica área geográfica mais extensa. Note-se que a área próxima ao Hospital (IXª Região Administrativa) não tem a concentração de pacientes que se poderia esperar. O item "outros Estados" pode estar subestimado na medida que o paciente pode, ao invés de declarar sua origem, referir o seu endereço atual no Rio de Janeiro (Tabela 3).

Houve uma concentração nas faixas não produtivas como um todo; 63% do total, com 14,5% de estudantes e domésticas

(49% do total de pacientes, incluindo apenas pacientes do sexo feminino). O alto índice de estudantes provavelmente está associado à concentração da população nas faixas mais jovens — 41% de 10 a 30 anos.

Entre os pacientes com atividades produtivas houve uma concentração nas faixas de ocupação de habilidade manual, semi-especializada e inspeção e supervisão de nível inferior.

A proporção de solteiros é semelhante à dos casados, perfazendo as duas, 88% do total. Não consideramos necessário apresentar tabelas quanto às informações acima. Houve um alto grau de incoerência nos dados obtidos, no sentido em que, às

NORONHA, J. C. de et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:429-43, 1977.

TABELA 3

Distribuição dos pacientes que compareceram pela primeira vez à consulta no AMI, quanto à procedência, 1973, HC/UERJ.

Procedência	Nº	%
IXª Região Administrativa	35	13
Regiões Administrativas VIII, XIII, VII, I, III	64	23
Outras Regiões Administrativas e Grande Rio	163	59
Outros Estados	14	5
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100</b>

vezes, reexaminando prontuários encontramos "domésticas" e estudantes com atividade produtiva. O mesmo ocorreu no item estado civil em que há um grande número de informações contraditórias para o mesmo paciente.

Somando-se o item diagnóstico definitivo com dois diagnósticos (que também se re-

ferem a diagnósticos definitivos) obtém-se uma taxa de 42% de diagnóstico definitivo alcançado na primeira consulta, sendo a proporção maior de diagnósticos encontrada no sexo masculino. O item sintomas ou histórias apenas tem um índice de 14%, enquanto apenas um paciente entrou no item nada de anormal encontrado. (Tabela 4).

TABELA 4

Nível diagnóstico alcançado em consulta do AMI, para pacientes de primeira vez, por sexo, 1973, HC/UERJ.

Nível Diagnóstico	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diagnóstico definitivo	54	30	26	28	80	29
Diagnóstico provisório	45	25	33	36	80	29
Dois diagnósticos	27	15	10	11	37	13
Sintomas	25	14	13	14	38	14
Diagnósticos múltiplos	31	17	10	11	41	15
Nada de anormal	1	1	0	0	1	0
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>102</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>275</b>	<b>100</b>

O diagnóstico mais encontrado na primeira consulta foi o de doenças do aparelho circulatório com 34%, seguida por doenças do aparelho respiratório com 12% e doenças infecciosas e parasitárias com 10%, semelhante a estrutura da demanda

em todo o antigo Estado da Guanabara, segundo dados da Central de Medicamentos (CEME) que encontrou como principal diagnóstico doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5

Diagnósticos mais freqüentes entre os pacientes com diagnósticos definitivo atendidos pela primeira vez no AMI, 1973, HC/UERJ.

Grupos Diagnósticos	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Doenças do aparelho circulatório	29	36	11	31	40	34
Doenças do aparelho respiratório	6	8	8	22	14	12
Doenças infecciosas e parasitárias	10	13	2	6	12	10
Doenças alérgicas, metabólicas, endócrinas	7	9	2	6	9	8
Doenças do aparelho digestivo	4	5	4	11	8	7
Doenças do aparelho gênito-urinário	7	9	1	3	8	7
Doenças da pele	6	8	1	3	7	6
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	2	3	1	3	3	3
Doenças mentais	1	1	2	6	3	3
Doenças do sangue	1	1	0	0	1	1
Neoplasmas	1	1	0	0	1	1
Doenças dos ossos	1	1	0	0	1	1
Outras	5	6	4	11	9	8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>101</b>	<b>36</b>	<b>102</b>	<b>116</b>	<b>101</b>

No antigo Estado do Rio de Janeiro o item doenças infecciosas e parasitárias ocupa o primeiro lugar, seguido por doenças do aparelho respiratório (Tabela 6).

A maioria dos pacientes situou-se na faixa de 0 a 59 US consumidas (84%), enquanto 7% encontra-se nas faixas acima de 100 US consumidas. Houve uma distribuição homogênea para os dois sexos.

A taxa de pedidos de parecer especializado para pacientes do sexo feminino foi quase o dobro daquela para o sexo masculino (Tabela 7), às custas do setor de

ginecologia, o mais solicitado (32% do total de pedidos de parecer). A maior taxa para pacientes do sexo masculino foi para pedidos de parecer à psiquiatria (26% entre os pacientes do sexo masculino (Tabela 8).

Os diagnósticos de doenças do aparelho urinário e doenças mentais não aparecem com taxas expressivas na Tabela 5, provavelmente porque colocadas pelos internos como diagnósticos provisórios, a serem confirmados nos setores especializados (Tabela 9).

NORONHA, J. C. de et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:429-43, 1977.

TABELA 6

Estrutura da demanda para consulta médica, segundo causas nos antigos Estados da Guanabara e Rio de Janeiro, em 1973.

Grupos Diagnósticos	Estados			
	Guanabara		Rio de Janeiro	
	Nº	%	Nº	%
Doenças infecciosas e parasitárias	32809	9	48596	10
Neoplasmas	6510	2	2989	1
Doenças metabólicas e endócrinas	13575	4	6590	1
Doenças do sangue	11975	3	6238	1
Doenças mentais	4366	1	17455	4
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	16813	5	15271	3
Doenças do aparelho circulatório	27936	8	17913	4
Doenças do aparelho respiratório	59305	16	44939	9
Doenças do aparelho digestivo	29147	8	23744	5
Doenças do aparelho gênito-urinário	85502	24	25583	5
Doenças da pele	23096	6	22925	5
Doenças dos ossos	9477		22037	5
Outras	22499	6	7276	1
Sinais e sintomas mal definidos	19986	6	224506	46
Total	362396	101	483062	100

Fonte: CEME2

TABELA 7

Distribuição dos pacientes pela primeira vez no AMI, quanto a pedidos de pareceres especializados, por sexo, em 1973, HC/UERJ.

Pedido de Parecer	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Com pedido de parecer	80	43	22	24	102	37
Sem parecer solicitado	104	57	71	76	175	63
Total	184	100	93	100	277	100

NORONHA, J. C. de et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11:429-43, 1977.

TABELA 8

Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez com pedido de parecer no AMI, por tipo de parecer solicitado, por sexo, 1973, HC/UERJ.

Pedido parecer para	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Dermatologia	6	8	2	7	8	8
Psiquiatria	4	5	7	26	11	10
Ginecologia, Obstetrícia	34	44	—	—	34	32
Oftalmologia	4	5	1	4	5	5
Otorrinolaringologia	1	1	3	11	4	4
Neurologia	4	5	5	19	9	9
Gastroenterologia	3	4	2	7	5	5
Angiologia	9	12	1	4	10	10
Outros	14	18	6	22	20	19
Total	78	100	27	100	105	100

TABELA 9

Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez no AMI, quanto ao encaminhamento após a consulta, por sexo, 1973, HC/UERJ.

Encaminhamento	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Internado no Hospital de Clínicas	8	4	11	12	19	7
Internado em outro Hospital	1	1	1	1	2	1
Permaneceu no AMI	142	77	62	67	204	74
Ignorado	17	9	12	13	29	11
Encaminhado a Ambulatório de outro Hospital	0	0	0	0	0	0
Encaminhado a Ambulatório do Hospital de Clínicas	16	9	6	6	22	8
Alta	0	0	1	1	1	0
Total	184	100	93	100	277	101

A maioria das consultas redundou em permanência do paciente no próprio ambulatório, com encaminhamento a outros ambulatórios de 7,9%. Os pacientes do sexo masculino são encaminhados à internação com uma frequência duas vezes superior aos pacientes do sexo feminino (Tabela 9).

A maioria das consultas foi prestada por internos, o que apenas caracteriza o ambulatório como local de ensino concomitante à prestação.

Dos pacientes que ficaram referidos ao AMI (74% do total, Tabela 9) 29% não retornaram à consulta nos próximos 6 me-

ses. O maior número de pacientes encontrados (50%) e não houve casos de mais de seis consultas (Tabela 10).

TABELA 10

Distribuição dos pacientes atendidos pela primeira vez que permaneceram no AMI, por número de consultas nos próximos 6 meses, por sexo, 1973, HC/UERJ.

Nº de Consultas	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0	27	22	31	38	58	29
1	29	23	29	35	58	28
2	31	25	14	17	45	22
3	15	12	1	1	16	8
4	11	9	5	6	16	8
5	3	2	2	2	5	2
6	6	5	0	0	6	3
Total	124	98	82	99	206	99

#### PERSPECTIVAS ATUAIS E FUTURAS

Dando prosseguimento ao trabalho iniciado pela direção do HC de se dar ênfase crescente aos aspectos de prestação de serviços e treinamento de pessoal em atenção primária, foram abertas, em junho de 1976, 5 vagas de residência em Medicina Integral. O programa desta residência, inicialmente centrado nos serviços hospitalares, com presença significativa do atendimento no AMI, encontra-se em fase de elaboração, prevendo-se para o futuro a incorporação da Residência em Medicina Social em um programa único de atenção primária. Além disso, todos os internos e residentes de primeiro ano já exercem atividades no AMI, realizando atendimento médico uma vez por semana. Foi iniciado um ciclo de conferência em Medicina Integral, com caráter eminentemente prático, para que se organizem rotinas e técnicas, a ser aplicadas no AMI.

Estão em fase de organização sessões de casos nas quais serão examinados, ao final de cada dia de trabalho, aqueles de mais difícil solução e debatidos os aspectos médico-sociais dos pacientes atendidos naque-

le dia. Essas sessões objetivam ainda estabelecer um mecanismo informal de auditoria conforme a proposição de Golberg<sup>7</sup>.

Outras iniciativas para o aprimoramento do AMI, inclusive a abertura de horário noturno para atendimento, funcionando agora, em três turnos, e o estabelecimento de consultas com faixas horárias marcadas, evitando-se assim as longas esperas para o atendimento. Está se criando também um Centro de Recepção Infantil, onde ficam as crianças cujos pais estejam se consultando no ambulatório. Esse Centro conta com a participação de recreadoras e assistentes sociais.

Finalmente, com o propósito de dar mais coerência ao programa e de possibilitar a prática da Medicina Integral em seu local mais provável de exercício, ao lado de realmente comprometer os estudantes desse ramo com os problemas que deverão enfrentar no futuro, iniciaram-se os estudos para a implantação de centros periféricos de atenção primária em áreas periféricas da cidade do Rio de Janeiro, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado e com a Previdência Social. Tais programas obede-

cerão a proposições de regionalização docente-assistencial feitas por Chaves<sup>3</sup>. Pretende-se também incorporar os alunos do curso médico mais precocemente nestas atividades.

#### AGRADECIMENTOS

Ao Professor Francisco Salazar, Coordenador do Curso de Administração de

Sistemas da Saúde da Escola Interamericana de Administração Pública (EIAP), Fundação Getúlio Vargas (FGV), Ministério da Saúde (MS) e Organização Panamericana da Saúde (OPS) pela colaboração prestada à realização de estudos sobre o ambulatório do HC/UERJ, como parte do treinamento dos alunos daquele curso; à Dra. Maria do Espírito-Santo Tavares dos Santos, pela permissão de utilizarmos dados valiosos de seu trabalho ainda inédito.

RSPU-B/376

NORONHA, J. C. de et al. [*Reorganization of an outpatient dispensary aiming at a Primary Health Care Programme. Experience of the Rio de Janeiro University Teaching Hospital*] *Rev. Saúde públ.*, 11:429-43, 1977.

**ABSTRACT:** *After discussing some aspects of dispensary medical care, proposals on the reorganization of the outpatient Department of the Rio de Janeiro University Teaching Hospital in an attempt to establish a Primary Health Care Programme are presented. The findings of a survey on utilization patterns of the outpatient services are also presented. Some teaching aspects of the programme are discussed.*

**UNITERMS:** *Ambulatory care. Hospital outpatient clinics. Medical assistance. Primary health care.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTOS, M. V. Sistema nacional de saúde: contribuição para a discussão do tema. [Apresentado na V Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1975]
2. CENTRAL DE MEDICAMENTOS (CEME). *Plano Diretor de Medicamentos*. Brasília, Presidência da República, 1973.
3. CHAVES, M. M. Regionalização docente assistencial e níveis de assistência. [Trabalho apresentado no Seminário sobre os Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, 1975]
4. COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO. *O ensino médico no Brasil*. Brasília, Ministério da Educação e Cultura, 1974. (Documento 2).
5. FERREIRA, J. R. O papel do hospital à luz das novas tendências do ensino médico. [Trabalho apresentado no Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, 1975]
6. FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. México, Editorial Siglo XXI, 1966.
7. GOLDBERG, G. A. Implementing university hospital ambulatory care evaluation. *J. med. Educ.*, 50:436-42, 1975.
8. HUTCHINSON, B. *Mobilidade e trabalho: um estudo da cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro, Centro de Estudos e Pesquisas, 1960.
9. LANDMANN, J. Os hospitais universitários e o convênio MEC Previdência Social. *Rev. bras. Med.*, 32:160-4, 1975.
10. NAVARRO, V. The underdevelopment of health or the health of under development. *Int. J. Hlth Serv.*, 4:5-27, 1974.
11. WHITE, K. L. Life and death and medicine. *Scient. Amer.*, 229(3):23-33, 1973.

Recebido para publicação em 29/06/1976  
Aprovado para publicação em 28/03/1977