

Angela Francisca Marques
Guerra

Denise Utsch Gonçalves

Maria da Conceição Juste
Werneck Côrtes

Claudia Regina Lindgren Alves

Tânia Mara Assis Lima

Otorrinolaringologia pediátrica no sistema público de saúde de Belo Horizonte

Pediatric Otolaryngology at the public health system of a city in Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a adequação dos encaminhamentos da atenção primária para a secundária em otorrinolaringologia pediátrica.

MÉTODOS: Estudo realizado em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, de março de 2004 a maio de 2005. Foram avaliadas 408 crianças pré-escolares encaminhadas da atenção primária para a secundária do setor de otorrinolaringologia com otite, faringoamigdalite, rinossinusite, rinite alérgica e hipertrofia de amígdala/adenóide. As variáveis analisadas foram: concordância dos diagnósticos na atenção primária e secundária, tempo de espera pela consulta, acompanhamento e especialista (médico de família ou pediatra) que examinou a criança na atenção primária. A concordância dos diagnósticos foi avaliada pela análise estatística de kappa.

RESULTADOS: Os pacientes tinham em média cinco anos de idade, dos quais 214 (52,5%) eram meninos, o tempo médio de espera pela consulta foi de 3,7 meses. Os diagnósticos na atenção primária e secundária foram, respectivamente: otite (44%, 49%), hipertrofia de amígdala/adenóide (22%, 33%), faringoamigdalite (18%, 23%), rinossinusite (13%, 21%), rinite alérgica (3%, 33%). Análise de concordância kappa foi 0,15 para otite com efusão, 0,35 para otite recorrente, 0,04 para hipertrofia de amígdala/adenóide, 0,43 para faringoamigdalite, 0,05 para rinite alérgica; 0,2 para rinossinusite. Os diagnósticos na atenção primária para encaminhamento à secundária, definidos pelo médico de família ou pelo pediatra que avaliou a criança foram concordantes.

CONCLUSÕES: A inadequação dos encaminhamentos da atenção primária para a secundária em otorrinolaringologia foi expressa pelo longo tempo de espera pela consulta e pela baixa concordância de diagnósticos firmados entre os níveis de atenção para os mesmos pacientes avaliados. A atenção primária poderia se tornar mais eficiente se os profissionais fossem mais bem capacitados em otorrinolaringologia.

DESCRITORES: Otorrinolaringopatias, epidemiologia.
Otorrinolaringopatias, prevenção e controle. Atenção primária à saúde.
Atenção secundária à saúde. Atenção à saúde. Serviços de saúde. Pré-escolar.

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Denise Utsch Gonçalves
Departamento de Otorrinolaringologia
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Prof. Alfredo Balena, n° 190, sala 3005
30100-130 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: deniseg@medicina.ufmg.br

Recebido: 26/9/2006

Revisado: 4/4/2007

Aprovado: 8/5/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the suitability of referral from primary to secondary care in pediatric Otolaryngology.

METHODS: The study was performed in the city of Belo Horizonte, in the state of Minas Gerais, from March 2004 to May 2005. A total of 408 pre-school children referred from primary care to secondary care in the department of Otolaryngology presenting with otitis, tonsillitis, sinusitis, allergic rhinitis, and tonsillar/adenoidal hypertrophy was assessed. The studied variables were: agreement between diagnoses in primary and secondary care; waiting time for doctor's appointment; follow-up, and professional (pediatrician or family physician) that examined children in primary care. Agreement of diagnoses was assessed using kappa statistics.

RESULTS: Patients were five years old on average, 214 (52.5%) were boys, mean waiting time for appointment was 3.7 months. Diagnoses in primary and secondary care were respectively: otitis (44%, 49%), tonsillar/adenoidal hypertrophy (22%, 33%), tonsillitis (18%, 23%), sinusitis (13%, 21%), allergic rhinitis (3%, 33%). Agreement analysis of kappa was 0.15 for otitis with effusion, 0.35 for recurrent otitis, 0.04 for tonsillar/adenoidal hypertrophy, 0.43 for tonsillitis, 0.05 for allergic rhinitis, and 0.2 for sinusitis. Diagnoses in primary care referred to secondary care were in agreement when given either by pediatrician or family physician.

CONCLUSIONS: Unsuitability of referrals from primary to secondary care in otolaryngology was expressed by the long time waiting for appointments and by the low agreement between diagnoses in different level of care for the same patients. Primary health care could be more efficient if professionals were better qualified in Otolaryngology.

KEY WORDS: Otorhinolaryngologic diseases, epidemiology. Otorhinolaryngologic diseases, prevention & control. Primary health care. Secondary health care. Health care (public health). Health services. Preschool child.

INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 25% dos casos atendidos na atenção primária relacionam-se às doenças dos ouvidos, nariz e garganta.^{3,15} As mais comumente avaliadas são de etiologia infecciosa ou alérgica e acometem mais freqüentemente a população pediátrica.¹⁸ As doenças otorrinolaringológicas destacam-se entre as enfermidades prevalentes na atenção primária que têm sido objeto de preocupação para o Sistema Único de Saúde (SUS) porque, em algumas regiões, a procura por consultas para essa especialidade na atenção secundária tem sido maior do que o número de consultas oferecidas.¹⁸

A atenção secundária é a base para a referência/contrarreferência, necessária para garantir a eficiência do atual modelo hierarquizado de assistência à saúde.²¹ No Brasil,

o processo de implantação desse modelo tem acontecido com algumas dificuldades e, por conseqüência, também a medicina de família. Uma das dificuldades parece ser a sobrecarga de encaminhamentos para os serviços médicos especializados na atenção secundária,⁵ fato que pode ser atribuído às dificuldades de resolução da atenção primária.¹⁶ Um dos grandes desafios desse nível de atenção é decidir quando encaminhar o paciente para ser avaliado por especialista na atenção secundária ou terciária.²¹

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais e um dos principais centros urbanos do País, é a quinta cidade em população no Brasil, com 2.399.920 habitantes.* A especialidade otorrinolaringologia é considerada uma área com dificuldades para adequar-se às necessida-

* Prefeitura de Belo Horizonte. Projeção populacional segundo idade e sexo, por Unidade de Planejamento. [Acesso em 15 jul 2007]. Disponível em: http://portal4.pbh.gov.br/pbh/pgESEARCH_CENTRO.html?paramIdCont=9844

des da população atendida pelo serviço público.* Em otorrinolaringologia pediátrica, a unidade de referência secundária (URS) “Saúde” presta atendimento público a todo o município e é também considerada centro de referência para essa sub-especialidade no estado.** Conhecer os problemas vivenciados nesse centro em relação aos atendimentos prestados poderá subsidiar estratégias de melhoria não só do sistema de saúde de Belo Horizonte, mas de diversos locais do Brasil em situação semelhante.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo analisar os encaminhamentos da atenção primária para a secundária em otorrinolaringologia pediátrica.

MÉTODOS

Foram estudados os casos de pacientes com zero a 16 anos de idade, atendidos na atenção primária do SUS de Belo Horizonte por médicos pediatras ou do Programa de Saúde da Família (médicos de família) e referenciados para avaliação otorrinolaringológica na URS Saúde. Esta URS conta com dois especialistas para atendimento em otorrinolaringologia pediátrica, realizando em média 120 consultas por semana, distribuídas em 60 primeiras consultas e 60 consultas de retorno.

A população escolhida restringiu-se à pediátrica, por ser essa a faixa etária em que se concentra a maioria das enfermidades otorrinolaringológicas.^{15,16} Os critérios de inclusão foram: ter sido paciente com doença otorrinolaringológica avaliado no serviço público de saúde no nível primário e ser referenciado pelo pediatra ou pelo médico de família para o nível secundário de atenção à saúde.

Os critérios de exclusão foram: ter guia de referência sem definição do diagnóstico, letra ilegível e casos com necessidade de exames complementares mais sofisticados do que radiografia simples de seios da face para a definição do diagnóstico.

Os diagnósticos avaliados foram as enfermidades otorrinolaringológicas mais comumente vistas na atenção primária:^{13,16} rinite alérgica, faringoamigdalite recorrente/crônica, otite média recorrente/crônica, rinossinusite recorrente/crônica e hipertrofia de amígdala e adenóide. As doenças agudas não foram consideradas, visto estarem relacionadas aos serviços de pronto-atendimento e terem influência do tempo de espera para atendimento.¹⁴

O critério para definição dos diagnósticos avaliados na atenção primária foi sua especificação na guia de

referência para a atenção secundária. Nesse nível de atenção, o diagnóstico foi definido pelo exame otorrinolaringológico realizado pelo especialista, utilizando apenas instrumentos disponíveis na atenção primária para o exame físico: abaixador de língua, otoscopia e foco de luz dirigida.

Os critérios clínicos utilizados para a definição dos diagnósticos no estudo pela otorrinolaringologia foram:

1. rinite alérgica – sintomas de obstrução nasal, espirros, prurido e coriza quando o paciente entrava em contato com o antígeno inalatório ao qual era sensibilizado, associado à edema ou hiperemia de concha nasal vista pela rinoscopia anterior;^{1,4,20}
2. hipertrofia de amígdala e adenóide – presença de hipertrofia excessiva e irreduzível do tecido adenoamigdaliano com quadro de roncos noturnos, distúrbios de fala e deglutição, deformidades orofaciais, disfagia, má oclusão dentária, síndrome da apnéia obstrutiva do sono.^{6,16}

Os critérios para infecção recorrente/crônica foram:

1. na garganta – hiperemia persistente de amígdalas ou pilares amigdalianos com linfonodo submandibular aumentado e história de três ou mais episódios de infecção nos seis meses precedentes à consulta em que foi necessário o uso de antibióticos para a remissão do quadro;^{15,22}
2. no nariz – história de três ou mais episódios de infecção nos seis meses precedentes à consulta, associado à obstrução nasal crônica ou secreção nasal purulenta;^{3,7}
3. no ouvido – tímpano íntegro com hiperemia persistente, espessamento, líquido retro-timpânico ou tímpano perfurado.^{2,8,14}

Durante o período de março de 2004 a maio de 2005 foram avaliados 1.500 pacientes na atenção secundária com queixas otorrinolaringológicas. Desses casos referenciados, 408 (27,2%) guias de referência estavam dentro dos critérios de inclusão definidos. Dos 1.092 (72,8%) excluídos, o diagnóstico não havia sido descrito em 975 (89,3%) guias e a letra era ilegível em 117 (10,7%).

As variáveis analisadas foram: tempo de espera pela consulta otorrinolaringológica; profissional que avaliou o paciente na atenção primária (pediatra ou médico de família); diagnóstico definido na atenção primária no momento do encaminhamento; diagnóstico firmado pelo exame otorrinolaringológico na atenção secundária.

* Magalhães HM, Caiaffa NMD, Gariglio MT. Relatório analítico sobre a questão da otorrinolaringologia no SUS-BH. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2000.

** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: 2001.

ria; se o paciente havia sido acompanhado na atenção primária por um mesmo profissional e concordância dos diagnósticos dos pacientes avaliados nos dois níveis de atenção.

A concordância dos diagnósticos foi avaliada por meio da estatística kappa, considerando-se kappa maior que 0,75 como excelente concordância, 0,40 a 0,75 como concordância intermediária e menor que 0,40 como baixa concordância.¹¹ Com o intuito de comparar a capacidade de acertar os diagnósticos dos profissionais da atenção primária, os diagnósticos feitos neste nível de atenção concordantes com os da atenção secundária foram avaliados em relação ao médico responsável pelo atendimento (médico pediatra ou de família). Avaliou-se a hipótese nula de que a habilidade do médico pediatra em avaliar crianças com infecções otorrinolaringológicas era a mesma do médico de família, considerando-se o nível de significância estatística de 5%.

O programa estatístico utilizado foi o EpiInfo 6.04. O controle de entrada no banco de dados foi feito utilizando-se a checagem do programa e apenas um pesquisador fez a entrada dos dados. A verificação de digitação correta foi feita para todos os pacientes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 096/04.

RESULTADOS

Em relação ao profissional que havia referenciado para a atenção secundária, 242 (59,3%) pacientes tinham sido encaminhados por médicos pediatras e 166 (40,7%) por médicos de família. Em relação ao acompanhamento na atenção primária, 124 (30,4%) pacientes haviam sido acompanhadas pelo mesmo médico.

O tempo médio de espera pela primeira consulta com o especialista na atenção secundária foi de 3,8 meses (mediana=2,2; DP=4,7), variando de três dias a 35 meses.

A idade média da população estudada foi de 5,3 anos (DP=3,1), sendo 214 meninos (52,5%) e 194 (47,5%) meninas. A distribuição da população quanto ao sexo e idade em anos está descrita na Tabela 1.

A Tabela 2 descreve as frequências gerais para todos os diagnósticos firmados em cada nível de atenção. Na atenção secundária, o total de diagnósticos firmados foi maior que o total de pacientes avaliados porque houve mais de um diagnóstico por paciente (média de 1,6 diagnóstico por paciente). Em relação aos casos encaminhados com otite recorrente/crônica, observaram-se dez casos de perfuração do tímpano na atenção

secundária, enquanto que para os mesmos pacientes avaliados havia apenas um caso de perfuração descrito na guia de referência.

A Tabela 3 apresenta a concordância de diagnósticos entre os níveis de atenção, tendo sido observada significância estatística para faringoamigdalite de repetição/crônica e rinite alérgica. A concordância kappa foi razoável (0,43) para faringoamigdalite e baixa para rinite alérgica (0,05).

Comparando-se a atenção primária quanto à concordância com o diagnóstico dado pelo otorrinolaringologista, a Tabela 4 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre a habilidade do médico de família em relação a do pediatra nos diagnósticos firmados na atenção primária.

DISCUSSÃO

A demanda por consultas e cirurgias em otorrinolaringologia tem sido considerada maior do que a oferta de atendimentos para a especialidade na cidade de Belo Horizonte* e em outras capitais do Brasil.¹ Esses dados apontam as dificuldades que os serviços públicos têm enfrentado para resolver o problema das especialidades na atenção secundária.

A grande variabilidade no tempo de espera por uma consulta com o especialista necessita de melhoria, pois o tempo médio foi de 3,7 meses, podendo chegar a 35 meses. Esse intervalo pode agravar as enfermidades de curso crônico, aumentando o custo com o tratamento.

Em relação às doenças otorrinolaringológicas, a otite média de repetição/crônica com tímpano íntegro foi o diagnóstico mais prevalente nos dois níveis de atenção (Tabela 2). A Tabela 3 mostra que não ocorreu concordância para esse diagnóstico nos dois níveis de atenção, com resultado sem significância estatística. Provavelmente, ocorreram casos de otite média de repetição/crônica definidos na atenção primária que não foram concordantes com o mesmo diagnóstico na atenção secundária. Da mesma forma, casos diagnosticados na atenção secundária haviam passado despercebidos na atenção primária. A interpretação das otites está relacionada à habilidade do profissional em realizar otoscopia de forma adequada.^{14,17-20}

Os resultados indicam que os profissionais na atenção primária podem estar tendo dificuldade na otoscopia. Outra possibilidade é que não estejam informando perfuração do tímpano na guia de referência. De dez casos de perfuração do tímpano confirmados na atenção secundária, apenas uma descrição de perfuração foi feita pelos profissionais da atenção primária.

* Magalhães HM, Caiaffa NMD, Gariglio MT. Relatório analítico sobre a questão da otorrinolaringologia no SUS-BH. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2000.

Tabela 1. Distribuição etária de crianças avaliadas pelo especialista em otorrinolaringologia na atenção secundária, segundo o sexo. Belo Horizonte, MG, 2004-2005. N=408

| Idade (anos) | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0-2 | 50 | 23,4 | 37 | 19,1 | 87 | 21,3 |
| 3-4 | 57 | 26,6 | 53 | 27,3 | 110 | 27,0 |
| 5-6 | 42 | 19,6 | 42 | 21,6 | 84 | 20,6 |
| 7-8 | 31 | 14,5 | 26 | 13,4 | 57 | 14,0 |
| 9-10 | 22 | 10,3 | 19 | 9,8 | 41 | 10,0 |
| 11-12 | 8 | 3,7 | 17 | 8,8 | 25 | 6,1 |
| 13-14 | 4 | 1,9 | 0 | 0 | 4 | 1,0 |
| Total | 214 | 100,0 | 194 | 100,0 | 408 | 100,0 |

Para os casos referenciados por otite e não confirmados na atenção secundária, a presença de rolha de cerume pode dificultar a otoscopia. Muitos casos avaliados na atenção primária e referenciados com otite de repetição/crônica poderiam ser casos de rolha de cerume. Até o presente momento, a capacitação do profissional médico para remoção de rolha de cerume na atenção primária não tem sido estimulada e o paciente é referenciado para a atenção secundária para ser submetido ao procedimento. O problema é que a atenção secundária em otorrinolaringologia não está suprindo a atual demanda de atendimentos.^{5,16} A remoção de rolha de cerume é procedimento de baixas complexidade e risco.^{11,13} Logo, os profissionais da atenção primária poderiam ser capacitados para remoção de rolha de cerume, o que liberaria os profissionais da atenção secundária para ações e procedimentos de domínio restrito da especialidade, com conseqüente aumento da efetividade do sistema.

Tabela 2. Frequência dos diagnósticos, segundo nível de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG, 2004-2005.

| Diagnóstico | Nível de atenção | | | |
|--|------------------|---------|------------|----------|
| | Primária | | Secundária | |
| | N | % | N | % |
| Otite média de repetição/crônica | 180 | 44,2 | 198 | 48,7 |
| Hipertrofia de amígdala e adenóide | 89 | 21,8 | 135 | 33,0 |
| Faringoamigdalite de repetição/crônica | 73 | 17,9 | 95 | 23,3 |
| Rinossinusite de repetição/crônica | 52 | 12,7 | 87 | 21,3 |
| Rinite alérgica | 14 | 3,4 | 134 | 32,8 |
| Total | 408 | (100,0) | 649 | (159,1)* |

*A relação diagnóstico/paciente foi 1,6 na atenção secundária

Para os casos referenciados por outra doença que não otite e tendo sido feito o diagnóstico de otite crônica na atenção secundária pela busca ativa da doença, são motivos de preocupação a efusão crônica e persistente na orelha média, freqüentes na infância. Embora possa causar perda auditiva leve bilateral, esse tipo de otite não evolui com dor e a otoscopia apresenta alterações discretas. A suspeita clínica estaria vinculada à anamnese dirigida e otoscopia detalhada.^{2,8,9,11,17-19} A otite com efusão crônica pode ser motivo de mau desempenho escolar, de falta de atenção ou de irritabilidade da criança.² Para definir o diagnóstico de efusão crônica, o acompanhamento do paciente com otoscopias seriadas é fundamental.^{17,18} No presente estudo, apenas 30% das crianças foram acompanhadas pelo mesmo profissional na atenção primária. Para os casos de otite com efusão, o tratamento inclui cirurgia de pequena complexidade, com retorno da audição ao limiar normal.^{10,16,17,19}

A obstrução nasal crônica apresentou-se, no presente estudo, como principal problema otorrinolaringológico na atenção primária. As causas mais comuns de obstrução nasal na infância são rinite alérgica, rinossinusite e hipertrofia de amígdala e de adenóide.^{4,7,15} Esses diagnósticos predominaram como motivo de encaminhamento, representando 38% na atenção primária e 55% na atenção secundária (Tabela 2). A obstrução nasal crônica na infância causa distúrbios de sono, de atenção, de desenvolvimento cognitivo, ortognático e físico.⁷ A capacitação da atenção primária para definir a causa da obstrução nasal pode ser uma estratégia eficiente para aumentar a qualidade dos atendimentos otorrinolaringológicos na atenção primária, incluindo anamnese detalhada e exame da região anterior do nariz.^{13,15,21}

Na abordagem das doenças associadas à obstrução nasal na infância, rinite alérgica e rinossinusite são de tratamento eminentemente clínico, enquanto a hipertrofia de amígdala e de adenóide são tratadas com procedimento cirúrgico.^{6,16} A princípio, somente os casos de hipertrofia de amígdala e de adenóide deve-

Tabela 3. Concordância entre os diagnósticos nos dois níveis de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG, 2004-2005.

| Diagnóstico | Atenção primária N | Atenção secundária N | Kappa | Valor de p |
|--|-----------------------|-------------------------|-------|------------|
| Otite média de repetição/crônica | 180 | 75 | -0,02 | 0,90 |
| Hipertrofia de amígdala e adenóide | 89 | 33 | 0,01 | 0,40 |
| Faringoamigdalite de repetição/crônica | 73 | 46 | 0,43 | 0,00 |
| Rinossinusite de repetição/crônica | 52 | 23 | 0,20 | 0,84 |
| Rinite alérgica | 14 | 8 | 0,05 | 0,02 |
| Total | 408 | 185 | - | - |

Tabela 4. Diagnósticos primários definidos por pediatra e médicos de família, segundo diagnósticos concordantes. Belo Horizonte, MG, 2004-2005. N=408

| Diagnóstico primário | | Diagnóstico confirmado | | | | p |
|--|-----|------------------------|----|-------------------|----|------|
| | | Médico pediatra | | Médico de família | | |
| | | N | % | N | % | |
| Otite média de repetição/crônica N=180 (%) | Sim | 46 | 26 | 29 | 16 | 0,77 |
| | Não | 61 | 34 | 44 | 24 | |
| Hipertrofia de amígdala e adenóide N=89 (%) | Sim | 24 | 27 | 9 | 10 | 0,16 |
| | Não | 31 | 35 | 25 | 28 | |
| Faringoamigdalite de repetição/crônica N=73 (%) | Sim | 25 | 34 | 21 | 29 | 0,37 |
| | Não | 11 | 15 | 16 | 22 | |
| Rinossinusite de repetição/crônica N=52 (%) | Sim | 18 | 34 | 5 | 10 | 0,23 |
| | Não | 17 | 33 | 12 | 23 | |
| Rinite alérgica N=14 (%) | Sim | 6 | 43 | 2 | 14 | 0,61 |
| | Não | 5 | 36 | 1 | 7 | |

riam ser encaminhados para a atenção secundária, o que aumentaria a eficiência do sistema hierarquizado de saúde. O diagnóstico diferencial entre essas causas de obstrução nasal pode ser feito a partir de critérios clínicos e radiografia simples.²² A Tabela 2 mostra que, pela visão do médico da atenção primária, o diagnóstico mais freqüente relacionado à obstrução nasal foi rinossinusite. Pela visão do especialista, rinite alérgica foi mais freqüente. Supõe-se que muitos pacientes encaminhados para a atenção secundária com o diagnóstico de rinossinusite crônica, tinham na verdade, rinite alérgica. Como o tratamento da rinossinusite de repetição/crônica baseia-se no uso de antimicrobianos, o uso indevido dessa medicação pode ter ocorrido na atenção primária.

O diagnóstico de rinite alérgica foi freqüente na atenção secundária (Tabela 2). Entretanto, as doenças alérgicas deveriam ser conduzidas na atenção primária. A asma é um exemplo de enfermidade relacionada à alergia que vem sendo bem controlada na atenção primária.¹ As medidas de saúde pública para acrescentar o controle e tratamento da rinite alérgica ao programa de controle da asma são justificadas pela associação entre asma e rinite alérgica, do ponto de vista da fisiopatologia e de-

vido à elevada freqüência de rinite alérgica na atenção secundária.^{1,4} A ampliação do programa poderia reduzir o custo público final com doenças respiratórias, além de minimizar o uso indiscriminado de antibióticos em pacientes com rinite alérgica.

Quanto à habilidade do médico de família em conduzir casos relacionados à pediatria, os resultados da Tabela 4 permitem inferir que sua conduta estaria sendo semelhante a do médico pediatra. A medicina de família tem se firmado como especialidade capaz de aumentar a resolutividade do SUS.^{3,21}

A limitação do presente estudo está na exclusão de dois terços das guias de referência durante a coleta de dados, por não estarem corretamente preenchidas pelos profissionais da atenção primária. Todavia, a interferência nos resultados finais deve ser analisada à luz do enfoque da aleatoriedade dessas perdas. Além disso, isso denota uma situação de desorganização do sistema, necessitando melhor orientar o profissional de saúde quanto ao preenchimento das guias, devido à sua importância, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto de referência/contrarreferência.

Concluindo, as enfermidades mais frequentes nos níveis primário e secundário de atenção à saúde em otorrinolaringologia foram otite de repetição/crônica com tímpano íntegro e hipertrofia de amígdala/adenóide. Inadequação no preenchimento da guia de referência da atenção primária para a secundária, longo tempo de espera por consulta com especialista e baixo índice de concordância dos diagnósticos entre os dois níveis de

atenção, são indicadores para a proposição de estratégias de melhoria do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. Relatório do Grupo de Trabalho sobre rinite alérgica e seu impacto na asma. [SI]: OMS; 2002.
- Balbani APS, Montovani JC. Impacto das otites medias na aquisição da linguagem em crianças. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(5):391-6
- Benguigui Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da IRAS no primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Infecções respiratórias em crianças. Washington; 1998; p. 335-52.
- Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(5 Suppl):S147-334.
- Campos, GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 1997;13(1):141-4.
- Consenso sobre rinites; 1999; Campos do Jordão, BR. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2000;66(supl.10):4-34.
- Di Francesco R, Passerotti G, Paulucci B, Miniti A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(5):665-70.
- Franche GLS, Tabajara LMV, Arrarte JLf, Saffer M. Otoscopia e timpanometria no diagnóstico da otite média secretora. *J Pediatr (R Jan)*. 1998;74(5):365-7.
- Giebink GS, Batalden PB, Le CT, Lasmann FM, Buran DJ, Seltz AE. A controlled trial comparing three treatments for chronic otitis media with effusion. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9(1):33-40.
- Godinho RN, Gonçalves TM, Nunes FB, Becker CG, Becker HM, Guimarães RE, et al. Prevalence and impact of chronic otitis media in school age children in Brazil - First Epidemiologic Study Concerning Chronic Otitis Media in Latin América. *Intern J Pediatric Otorhinolaryngol* 2001;61(3):223-32.
- Grossan M. Cerumen removal current challenges. *Ear Nose Throat J* 1998;77(7):541-6.
- Landis JR, Koch GG. A medição da concordância do observador para dados por categoria. *Biometrics* 1977;33:159.
- O'Hara BS, Sayewell RM, Zollinger TW, et al.. ENT Experience in a Family Medicine Clerkship: Is There Enough? *Medical Student Education* 2000;32(10): 691-5.
- Saffer, M. Avaliação do poder diagnóstico dos sinais e sintomas na otite média aguda. *J Pediatr (R Jan)*. 1996;72(2):93-7.
- Santana CC. Infecções respiratórias agudas na prática pediátrica. [SI]: Lemos; 2002. Infecções respiratórias de vias aéreas superiores p.11-20.
- Sarmiento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(3):256-62.
- Shiriberg LD, Flipsen P, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusion: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res*. 2000;43(1):79-99.
- Sih T, editor. Otorrinolaringologia pediátrica. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. Complexo otite média; p.107-17.
- Sih T, editor. II Manual of pediatric otorhinolaryngology. São Paulo: Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology/ International Federation of Otolaryngological Societies; 1997/2001. Recurrent Otitis Media p. 234-42.
- Sih T. Dúvidas mais frequentes na otorrinopediatria: um verdadeiro "passeio" pela especialidade. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, editors. III Manual de otorrinolaringologia pediátrica. São Paulo: Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology; 2003. p.16-37.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- Weckx LLM, Teixeira M S. Amigdalites: aspectos imunológicos, microbiológicos e terapêuticos. *JBIM*. 1997;73 (5/6):94-101.