

ANGELA FRANCISCA MARQUES GUERRA

**CAPACIDADE RESOLUTIVA EM OTORRINOLARINGOLOGIA DO
MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - BRASIL**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
2006



ANGELA FRANCISCA MARQUES GUERRA

**CAPACIDADE RESOLUTIVA EM OTORRINOLARINGOLOGIA DO
MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - BRASIL**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Minas
Gerais

Orientadora: Profa. Denise Utsch Gonçalves

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
2006

G934c Guerra, Angela Francisca Marques.
Capacidade resolutiva em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte [manuscrito] : / Angela Francisca Marques Guerra. –
2006.
135 f. : il., color. tab., graf., mapa.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Utsch Gonçalves.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

Área de concentração: Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical.

Linha de pesquisa: Avaliação Otorrinolaringológica dos Processos Infecciosos.

Bibliografia: f. 101- 110.

Anexos: f. 111- 134

1. Otorrinolaringologia – Teses. 2. Saúde pública – Belo Horizonte (MG) – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. 4. Educação médica – Teses. 5. SUS (BR) – Teses. 6. Condutas na prática dos médicos – Teses. 7. Atitudes em relação à saúde – Teses. I. Gonçalves, Denise Utsch. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WV 100

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**Reitora**

Prof^a Ana Lúcia de Almeida Gazzola

Pró-Reitor

Marcos Borato Viana

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Prof^a Maria Sueli de Oliveira Pires

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA**Diretor**

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco

**COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:
INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL**

Coordenador - Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenador - Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Representação docente:

Prof. Carlos Maurício Figueiredo Antunes

Prof. Dirceu Bartolomeu Greco

Prof. José Roberto Lambertucci

Representação discente:

Vladimir Martins Pinheiro (Titular)

Márcia dos Santos Pereira (Suplente)

A você Tatiana, filha querida e dedicada.

AGRADECIMENTOS

No agradecimento está o reconhecimento do apoio de todos que estiveram envolvidos nesta caminhada, onde tive a feliz oportunidade de criar laços que vão além do compromisso acadêmico.

À Professora Denise Utsch Gonçalves, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da UFMG, orientadora e maior incentivadora deste estudo, pela presença e apoio constante, pela competência e dedicação e pela sua paciência frente minha necessidade em conciliar trabalho e estudo.

À Professora Tânia Mara Lima Gonçalves, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da UFMG, Co-orientadora nesta empreitada, a quem sempre admirei pelo seu pioneirismo e, que tenho a grande honra de ter como amiga.

Ao Professor Manoel Otávio da Costa Rocha, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, minha admiração crescente por sua postura ética e justa.

A Dra. Andréa Moreira Veiga de Souza, companheira e amiga nas saudosas lutas pela otorrinopediatria pública, não só por sua valiosa e determinante contribuição na coleta dos dados deste trabalho, como pela amizade vivenciada.

Às gerentes da URS Saudade, Maria Angélica Resende, Sonia Mara Queiroz e Denise Guazzi Resende, pelo incentivo e colaboração. A vocês, todo o meu respeito e admiração pelo fantástico trabalho que desenvolvem na URS Saudade.

Aos funcionários da URS Saudade: Ângela, Cássia, Ireni e Eunice incansáveis na procura da excelência no atendimento dos pacientes e, especialmente ao Juliano que muito colaborou na revisão dos prontuários.

Aos pacientes da URS que concordaram em participar deste trabalho.

Às minhas secretárias Sandra Maria, Sandra Aparecida, Cláudia, sempre prestativas e dedicadas e, especialmente Marcilene que contribuiu também na digitação deste trabalho.

A Marco Aurélio, meu cunhado, pela colaboração nas correções de Inglês.

Aos amigos Márcio Fortini, amigo de longos anos de jornada, dividindo sonhos e ideais e, Ricardo Godinho pelo incentivo e apoio.

Aos meus queridos amigos, que souberam entender e esperar.

Aos meus queridos pais Maurício e Nair, presentes em minhas melhores lembranças.

Aos meus irmãos pela paciência em minhas longas ausências.

Ao meu querido companheiro Marcelo, que tem o dom de tornar tudo mais leve, pela presença e apoio incondicional.

A minha querida filha Tatiana, meu aconchego nos momentos mais difíceis por seu amor e carinho.

E a todos que estiveram ao meu lado e, que mesmo sem saber, de alguma forma me apoiaram e me incentivaram.

“Somos todos anjos de uma
asa só; para alçar vôo é
preciso abraçar”.

Mário Quintana

RESUMO

Doenças otorrinolaringológicas são freqüentes na atenção primária e representam problema de saúde pública. O objetivo do presente estudo foi avaliar a capacidade resolutive e a validade diagnóstica em doenças otorrinolaringológicas na atenção primária. Foram avaliadas 408 crianças de Belo Horizonte, com doença em ouvido, nariz ou garganta, no período de março de 2004 a maio de 2005. Estas crianças foram examinadas inicialmente na atenção primária e encaminhadas para a atenção secundária, onde foram novamente examinadas. Comparou-se o diagnóstico das doenças otorrinolaringológicas mais comuns na atenção primária em relação ao diagnóstico referência estabelecido na atenção secundária para o mesmo paciente em questão. As doenças consideradas nesse estudo foram: otite externa, otite média (aguda, recorrente, e com efusão), faringoamigdalites (recorrente e crônica), rinosinusite (aguda, recorrente e crônica), rinite alérgica e hipertrofia de amígdala e adenóide. Avaliou-se especialidade do profissional que encaminhou, período de espera pela consulta, gênero e idade do paciente, diagnóstico otorrinolaringológico na atenção primária e na secundária, concordância entre os profissionais envolvidos e validade do diagnóstico otorrinolaringológico na atenção primária. A idade média dos participantes foi de 5,3 anos (DP = 3,1), sendo 214 (52,5%) meninos e 194 (47,5%) meninas. O tempo médio de espera pela consulta foi de 3,77 meses (DP = 4,69). Os diagnósticos mais freqüentes foram: rinite alérgica (35,3%), otite média crônica (33,8%), faringoamigdalite recorrente (22,7%), hipertrofia de adenóide (19,1%),

rinossinusite recorrente (13,4%), hipertrofia de amígdala (2,4%), sendo realizados 1,59 diagnóstico por criança. Na avaliação da atenção primária, a capacidade de acertar o diagnóstico do médico pediatra foi semelhante a do médico de família ($p=0.3$). A concordância diagnóstica entre a atenção primária e secundária foi de 31,6%. A maioria dos casos que foram encaminhados para o especialista poderiam ter sido resolvidos no nível primário de atenção à saúde, o que demonstra capacidade resolutiva limitada desse nível de atenção. Encaminhamento inadequado eleva desnecessariamente o custo da saúde pública. Ressalta-se a importância do ensino médico na graduação focalizar, do ponto de vista das especialidades, a capacitação em habilidades teórico-práticas baseadas na nosologia prevalente da atenção primária.

ABSTRACT

Otorhinolaryngological diseases are frequent in primary care and represent a public health problem. The aim of the present study was to evaluate the resolvent capacity and the validity of the diagnosis in otorhinolaryngology in primary care. Four hundred eight children from Belo Horizonte, Brasil, with ear nose and throat complaints were enrolled from march, 2004, to may, 2005. They were firstly evaluated in primary care and referred to secondary care, where they were evaluated again. Diagnoses of the most common otorhinolaryngological illnesses defined in primary care were compared with the diagnostic reference established in secondary care for the same patient. The chosen diagnoses were: otitis (acute, recurrence, and with effusion) tonsillitis (recurrence, and chronic) , sinusitis (acute, recurrence, and chronic) , allergic rhinitis, tonsillar hypertrophy and adenoidal hypertrophy. The following aspects were evaluated: the specialty of the health professional that referred the patient, the waiting period for consultation, patient gender and age, otorhinolaryngological diagnosis in primary and in secondary care, general agreement of the involved professionals and validity of the primary care diagnosis. The children average age was 5,3 years (SD=3,1), 214 (52,5%) male and 194 (47,5%) female. The average waiting time for an otorhinolaryngological consultation was 3.77 months (SD = 4.69). The most frequent diagnoses among the diseases considered in this study were allergic rhinitis (35.3%), effusion otitis media (33.8%), recurring tonsillitis (22.7%), adenoidal hypertrophy (19.1%), sinusitis (13,4%) and tonsillar hypertrophy

(2,4%), with an average of 1.6 diagnoses per child. Evaluating the primary care, the capacity for correct diagnosis was similar for both pediatric and family physicians (P value=0.3). The diagnostic concordance between the primary and secondary care was of 31,6%. Most of the cases referred to a specialist could have been treated at the primary health care level, what demonstrated a limited capacity to solve otolaryngological problems at this level of attention. Inadequate referrals increases unnecessarily the costs of the public health system. From the perspective of specialties, it is important for medical teaching in graduate courses to emphasize training in theoretical-practical skills based on the prevalent nosology in basic care. Medical students would greatly benefit from internships in basic care facilities with emphasis in the most common specialties.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Critérios clínicos considerados no diagnóstico diferencial das faringotonsilites bacterianas e viróticas.....	59
Figura 1- Mapa da distribuição dos nove distritos sanitários e unidades de saúde do município de Belo Horizonte	37
Figura 2- Classificação do tamanho das amígdalas em diferentes graus, baseado no grau de obstrução proporcionado na orofaringe.....	84
Gráfico 1 - Distribuição por idade e gênero das crianças avaliadas na atenção secundária.....	86
Gráfico 2 - Percentual comparativo de crianças que foram acompanhadas pelo mesmo médico e por mais de um médico na atenção primária.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de guias de referência aguardando agendamento para a otorrinolaringologia pediátrica.....	39
Tabela 2 - Tempo de espera das 408 crianças avaliadas por uma consulta de primeira vez com o otorrinolaringologista na atenção secundária.....	87
Tabela 3 - Freqüência dos diagnósticos da atenção primária comparados aos diagnósticos do otorrinolaringologista.....	89
Tabela 4 - Freqüência de diagnósticos por grupo de doenças otorrinolaringológicas encontradas nas 408 guias de encaminhamentos da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista.....	90
Tabela 5 - Concordância dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista.....	91
Tabela 6 - Análise da concordância diagnóstica geral entre os diagnósticos estabelecidos pelo generalista na atenção primária com os diagnósticos considerados referência, estabelecido pelo especialista na atenção secundária.....	92
Tabela 7 - Análise comparativa dos diagnósticos definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	93
Tabela 8 - Avaliação dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária para a secundária, classificados por níveis de concordância (presente ou ausente) ou discordância (presente ou ausente) comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista.....	128
Tabela 9- Distribuição das otites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária.....	130
Tabela 10 - Distribuição das faringoamigdalites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária.....	130

Tabela 11 - Distribuição das rinosinusites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária.....	131
Tabela 12- Análise comparativa dos diagnósticos de rinosinusite crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	131
Tabela 13 - Análise comparativa dos diagnósticos de hipertrofia da amígdala e adenóide definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	132
Tabela 14 - Análise comparativa dos diagnósticos de otite média crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	134
Tabela 15 - Análise comparativa dos diagnósticos de faringoamigdalite crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	133
Tabela 16- Análise comparativa dos diagnósticos de rinosinusite crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes.....	133
Tabela 17- Análise comparativa dos diagnósticos de hipertrofia da amígdala e adenóide definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.....	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	– Associação Médica Brasileira
ARIA	– Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma
CERSAM's	– Centros de Referência em Saúde Mental
FDA	– Food and Drugs Administration
GP	– General Practitioner
IC	– Intervalo de Confiança
IVAS	– Infecção de Vias Aéreas Superiores
JAMB	– Jornal da Associação Médica Brasileira
MS	– Ministério da Saúde
MT	– Membrana Timpânica
OE	– Otite externa
OMA	– Otite Média Aguda
OMC	– Otite Média Crônica
OMCC	– Otite Média Crônica Colesteatomatosa
OMCNC	– Otite Média Crônica não Colesteatomatosa
OME	– Otite Média com Efusão
OMR	– Otite Média Recorrente
OR	– Odds Ratio
P	– Significância Estatística
PACs	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	– Posto de Atendimento Médico
PBH	– Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	– Programa de Saúde da Família
SBORL	– Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SMS-BH	– Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS	– Serviço Único de Saúde
UPA's	– Unidades de Pronto Atendimento
URS	– Unidade de Referência Secundária
C	- Concordância diagnóstica
VPN	– Valor Preditivo Negativo
VPP	– Valor Preditivo Positivo
WHO	– World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	11
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	13
LISTA DE TABELAS.....	14
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 Sistema Único de Saúde - Sistema Público Brasileiro de Saúde	29
3.1.1 Histórico.....	29
3.2 Programa de Saúde da Família (PSF)	30
3.2.1 No Mundo	30
3.2.2 No Brasil	31
3.2.3 Em Minas Gerais	32
3.2.4 Em Belo Horizonte	33
3.3 Níveis de Atenção	34
3.3.1 Atenção Primária	34
3.3.2 Atenção Secundária	35
3.4 Rede Pública de Belo Horizonte	36
3.4.1 A Otorrinolaringologia	38
3.5 Doenças Otorrinolaringológicas mais comuns	40
3.5.1 Otites	41
3.5.1.1 Otite Externa (OE)	42
3.5.1.2 Otite Média Aguda (OMA)	43

3.5.1.3 Otite Média Recorrente (OMR)	45
3.5.1.4 Otite Média Crônica (OMC)	46
3.5.1.4.1 Otite Média Com Efusão	47
3.5.2 Rinossinusites	48
3.5.2.1 Diagnóstico	50
3.5.2.1.1 Radiografia Simples dos Seios Paranasais.....	51
3.5.2.1.2 Fibronasofaringolaringoscopia	52
3.5.3 Faringoamigdalite	53
3.5.3.1.Faringoamigdalite Aguda	53
3.5.3.2 Faringoamigdalites Crônicas	56
3.5.3.3 Diagnóstico.....	58
3.5.4 Hipertrofia das Tonsilas (Amígdala e Adenóide)	61
3.5.5 Rinite Alérgica	63
3.5.5.1 Classificação	64
3.5.5.2 Diagnóstico	64
4 METODOLOGIA	68
4.1- Histórico	68
4.2. Desenho do Estudo	69
4.3. Coleta de Dados	70
4.4 Critérios de Inclusão	72
4.5 Critérios De Exclusão	72
4.6 Pesquisadores Envolvidos	72
4.7 Análise Estatística	73
4.8 Local da Pesquisa	75
4.9 Revisão Bibliográfica	76
4.10 Riscos e Benefícios	76
4.11 Aspectos Éticos	77

4.12 Critérios Diagnósticos Para as Doenças Otorrinolaringológicas	78
4.12.1 Otites	78
4.12.1.1 Otite Média Aguda (OMA)	78
4.12.1.2 Otite Média Recorrente (OMR).....	78
4.12.1.3 Otite Média Com Efusão (OME)	78
4.12.1.4 Otite Externa (OE)	79
4.12.2 Rinossinusites	79
4.12.3 Faringoamigdalites	80
4.12.3.1 Faringoamigdalites Agudas	80
4.12.3.2 Faringoamigdalites Crônicas	81
4.12.4. Doenças não Infecciosas	82
4.12.4.1 Rinite Alérgica	82
4.12.4.2. Hipertrofia da Tonsila Faríngea (Adenóide).....	83
4.12.4.3 Hipertrofia da Tonsila Palatina (Amígdala)	84
5 RESULTADOS	86
5.1 Epidemiologia	86
5.2 Análise Univariada	87
5.3 Análise Multivariada	92
6 DISCUSSÃO	95
6.1 Aspectos Gerais	95
6.2 Epidemiologia	96
6.3 Efetividade da Rede Básica de Saúde em Otorrinolaringologia	98
6.4 Doenças Avaliadas	99
6.4.1 Otite Média Com Efusão	101
6.4.2 Rinite Alérgica e Hipertrofia Adenoamigdaliana.....	103
6.4.4 Rinossinusites	105
6.5 Capacitação Profissional	106
7 CONCLUSÃO	111
8 PROPOSIÇÕES.....	114

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
10 ANEXOS	
Tabelas.....	128
Anexo I	135
Anexo II.....	136
Anexo III	140
ARTIGO CIENTÍFICO.....	141

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) tem se empenhado na reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), estendendo a cobertura das ações de atenção primária como uma proposta de diminuir as desigualdades sociais (FRACOLLI, 2005). Em 1991 surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma estratégia para reestruturar o modelo brasileiro de atenção à saúde.

Esta nova estratégia vem buscando abordar a promoção, a prevenção de agravos e a recuperação da saúde de toda a população de uma determinada região, através da atuação de equipes multiprofissionais voltadas à atenção básica, orientando, diagnosticando, tratando e acompanhando o indivíduo em seu contexto social. A meta é garantir o acesso universal, e aumentar a capacidade resolutiva na promoção e recuperação da saúde (VELOSO, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) atingiu em 2005 o marco histórico de cerca de 78,6 milhões de brasileiros beneficiados com este programa em 4 986 municípios (BRASIL, 2006).

Após 14 anos de implantação do PSF, o MS considerou que o projeto apresentou impacto positivo na prevenção e promoção da saúde da população brasileira, com redução da mortalidade infantil antes do primeiro ano de vida em 4,6%, segundo estudo recente divulgado pelo MS (BRASIL, 2005). A melhora foi atribuída ao maior acesso aos serviços de saúde e educação, à água tratada e às condições

socioeconômicas das famílias, provando que o programa está no caminho certo (COSTA, 2005).

Consolidado na promoção e prevenção da saúde há dúvidas sobre a efetividade do novo modelo na recuperação da saúde, compreendendo-se efetividade como capacidade resolutiva no tratamento de doenças e redução de encaminhamentos à atenção secundária ou terciária. No processo de avaliação da qualidade dos serviços em saúde, faz-se necessária a utilização de instrumentos práticos para a sua medição. Modelos de avaliação de estrutura, processos e resultados são instrumentos práticos de gestão da qualidade em saúde. A avaliação da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e eqüidade dos serviços de saúde devem considerar uma relação apropriada entre meios e fins. Os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas (impacto) por estas estratégias (DONABEDIAN, 1980).

Uma forma interessante de se avaliar o impacto na recuperação da saúde da atenção básica é avaliar os casos que necessitaram ser encaminhados para a atenção secundária, considerando as doenças em relação ao diagnóstico correto e a real necessidade do encaminhamento. Para viabilizar essa forma de avaliação, uma estratégia é determinar previamente quais doenças serão avaliadas, a partir de sua freqüência na atenção primária.

A otorrinolaringologia pediátrica engloba enfermidades freqüentes no atendimento primário, principalmente na área de infectologia. Logo, comparar as condutas médicas no atendimento primário em relação ao secundário referente a essa especialidade fornecerá dados acerca da efetividade da atenção básica na recuperação da saúde.

Compreendendo que, se por um lado, as escolas de medicina devem formar generalistas, com trânsito seguro na atenção básica, por outro, devem cuidar para que seus alunos detenham conhecimento dentro das diversas especialidades em medicina para garantir a capacidade resolutiva, que é fundamental para a sobrevivência desse novo modelo de saúde. O receio de que o generalista transforme-se em um profissional encaminhador de pacientes para a atenção secundária tem sido objeto de preocupação (MOTTA, 2005).

Nesse contexto, o presente estudo se propôs a avaliar a capacidade resolutiva da atenção primária, a partir da análise da capacidade dos médicos na atenção primária em acertar na definição de um diagnóstico, visto que, na solução de um caso clínico, o adequado planejamento terapêutico, será tanto mais eficiente e eficaz, estando vinculado a diagnósticos anatômicos, funcionais e etiológicos bem formulados (RAMOS Jr., 1976). Isso não foi realizado até o presente momento em otorrinolaringologia.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a habilidade diagnóstica e a conseqüente capacidade resolutiva em otorrinolaringologia dos médicos da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar o tempo médio de espera por uma consulta com o especialista;
- Avaliar a prevalência diagnóstica dos encaminhamentos da atenção primária à secundária em otorrinolaringologia,
- Avaliar a prevalência dos diagnósticos destes mesmos encaminhamentos na atenção secundária.
- Avaliar a concordância diagnóstica em otorrinolaringologia entre os médicos da atenção primária e secundária
- Conhecer a qualidade dos encaminhamentos gerados pelo médico generalista para a atenção secundária;
- Avaliar a habilidade diagnóstica em doenças otorrinolaringológicas do médico de família na atenção básica, comparadas as do pediatra.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sistema Único de Saúde - Sistema Público Brasileiro de Saúde

3.1.1 Histórico

Até 1988, o Brasil tinha a assistência à saúde garantida constitucionalmente como um direito somente dos trabalhadores afiliados ao sistema de previdência social e de suas famílias. É quando realiza uma opção histórica baseada na noção de direito à saúde. Entende que a *“saúde é um direito incondicional que decorre da condição de ser humano, e adota um modelo de sistema de saúde público, de caráter universalista e igualitário...”* (Constituição Federal / art. 196, BRASIL, 1998). Institui-se então o Sistema Único de Saúde (FORTES & ZOBOLI, 2005).

Este evento não encerrou a luta por um sistema de saúde universal abrindo um ciclo permanente de construção do setor. Garantir a equidade assistencial implica em garantir o acesso universal (MAGALHÃES Jr., 2004).

Em 1991, o MS criou o Programa de Saúde da Família, procurando reformular o SUS, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, estendendo a cobertura das ações de atenção primária (MERHY et al, 2004). O PSF é baseado no trabalho multiprofissional e transdisciplinar de equipes de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, que atuam na prevenção e promoção da saúde da população. As equipes de saúde da

família podem contar com suporte específico de referência nas especialidades: o paciente é inicialmente avaliado pelo generalista e, os casos não solucionados no atendimento primário, são encaminhados para o especialista. (STARFIELD, 2002a).

3.2 Programa de Saúde da Família (PSF)

3.2.1 No Mundo

Em 1883, surge na Alemanha o programa de saúde da família, sendo, posteriormente, adotado por outros países (França, Bélgica, Holanda Japão e alguns países da América Latina). Caracterizava-se por ser um sistema público de seguridade social, baseado na contribuição obrigatória de trabalhadores e empresas, com o princípio dominante da afiliação profissional e da solidariedade entre sadios e doentes (FORTES & ZOBOLI, 2005).

Em 1945, a Inglaterra desenvolve o sistema de saúde, baseado no médico generalista ou *general practitioner* (GP), procurando recuperar a ação do médico geral em uma abordagem de integralidade e universalização da atenção, dentro de um sistema hierarquizado das ações de saúde (VELOSO, 2004). Os países que posteriormente adotaram esse programa foram: Suécia, Noruega, Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Brasil (FORTES & ZOBOLI, 2005).

Em 1949, com o início da revolução liderada por Mao Tsé-Tung na China, foram criados os *médicos de pés descalços* cuja formação técnica favorecia a utilização das práticas tradicionais chinesas, constituindo um elo entre a população e os sistemas secundário e terciário de saúde (VELOSO, 2004).

Em 1984, Cuba implantou o Programa Médico de Família que, apesar do nome, colocou uma equipe multiprofissional, não-especializada, para cuidar de populações de áreas geográficas bem delimitadas e marcadas por uma articulação hierarquizada com os outros níveis de atenção (VELOSO, 2004).

3.2.2 No Brasil

O PSF começou a ser implantado no Brasil em 1992, baseado no modelo cubano. VELOSO (2004), sintetiza a trajetória do PSF no Brasil: inicialmente restrito a alguns bairros de Niterói, no Rio de Janeiro e que, apesar de polêmico e com sua abrangência limitada, o programa obteve resultados altamente positivos, servindo de exemplos para outras comunidades. O autor cita ainda o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado pelo MS onde, moradores de bairros com capacidade de liderança e ação política tornam-se intermediários entre a população e os serviços de saúde, desenvolvendo um importante trabalho auxiliar nos cuidados básicos e de saúde.

Em 1993, o MS promove o Seminário sobre Saúde da Família com a participação dos profissionais ligados aos PACS, Unicef e dirigentes da área de saúde de vários municípios. No ano seguinte, o PSF foi implantado em vários municípios do Ceará e em Porto Alegre, este último vivenciando experiências isoladas, restritas a um grupo acadêmico ligado a um Hospital – Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo um pequeno grupo populacional e sem envolvimento governamental (VELOSO, 2004).

3.2.3 Em Minas Gerais

O PSF surgiu em Minas Gerais em 1994. Inicialmente, manteve relação direta com o Ministério da Saúde. Posteriormente, passou a estar vinculado à administração da Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, através de sua Superintendência Operacional divulgou diretrizes e os devidos treinamentos (VELOSO, 2004). Em 1995, foram criados os Consórcios Intermunicipais de Saúde, onde vários municípios vizinhos somaram recursos humanos e tecnológicos de atenção à saúde, na tentativa de duplicação dos mesmos, viabilizando e racionalizando, o acesso à atenção secundária e terciária, e permitindo uma maior diversificação de recursos disponibilizados (COELHO & VELOSO, 1997). Neste mesmo ano foram também criadas a comissão coordenadora do PSF da Secretaria de Estado da Saúde e as diretorias regionais de saúde (VELOSO, 2004).

Em 1996, eram 103 municípios atuando com 220 equipes e, em 2002, somavam 632 municípios com 1 678 equipes, beneficiando uma população de 5,8 milhões de

habitantes. Atualmente, 72 municípios ainda se beneficiam dos PACS com 238 equipes (SES, 2004).

3.2.4 Em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte o Programa BH-Vida , com características semelhantes às do PSF, foi implantado em 2000 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMS-BH), 2001a).

Divergências políticas entre a prefeitura de Belo Horizonte e a SES inviabilizaram a parceria desejada para a implantação do programa e, só em 2002 a prefeitura implantou o PSF no município, começando com 278 equipes (VELOSO, 2004).

O Programa de Saúde da Família implantado em Belo Horizonte passou a ser definido como eixo norteador para a reorganização da atenção nas unidades básicas de saúde. O atual programa centraliza os cuidados desempenhados por médicos generalistas e de outras especialidades básicas (pediatria, ginecologia), em rede primária e universal. A rede primária estaria capacitada para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, oferecendo ao usuário todos os serviços necessários ao atendimento de suas necessidades básicas. A proposta era aumentar a capacidade resolutiva na rede básica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos (SMS –BH, 2001b).

3.3 Níveis de Atenção

3.3.1 Atenção Primária

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, se espera que nesse nível sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1978). Nesse nível de atenção, são organizados e racionalizados os usos de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002b). As equipes do PSF são formadas por equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários com suas funções abaixo discriminadas:

- a) **Médico** - atende a todos os integrantes de cada família, independente de gênero e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.
- b) **Enfermeiro** - supervisiona o trabalho do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.
- c) **Auxiliar de enfermagem** - realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

d) Agente Comunitário de Saúde - faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade.

Um dos desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar a um especialista (STARFIELD, 2002b).

3.3.2 Atenção Secundária

É o nível de apoio aos profissionais da atenção básica. Composto por médicos especialistas nas diversas áreas que atendem nas chamadas unidades de referência secundária (URS), antigo posto de atendimento médico (PAM). São encaminhados para estas unidades aqueles casos que não podem ser resolvidos na atenção básica.

Os profissionais da atenção secundária, através do sistema de referência/contrareferência, sustentam o apoio no tratamento do indivíduo. Casos específicos são referenciados para os procedimentos de alta complexidade.

3.4 Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-BH), vem implantando no município os princípios da nova consciência sanitária. Reorganizou os serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove distritos sanitários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMS-BH), 2005).

Cada um dos nove distritos sanitários está submetido a administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte e abrangem em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais assim constituídas: unidades básicas (Centros de Saúde); unidades secundárias como os URS (Unidades de Referência Secundária) e CERSAM's (Centros de Referência em Saúde Mental); unidades de urgência/emergência UPA's (unidades de Pronto-atendimento), além da rede hospitalar pública e contratada (SMS-BH, 2005).

O município conta ainda com aproximadamente 50 hospitais e 400 prestadores ambulatoriais. Essas unidades, de direito privado ou de caráter filantrópico, prestam serviços à clientela do SUS, através de contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característica dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, através de internações, consultas ou exames laboratoriais (SMS-BH, 2005).

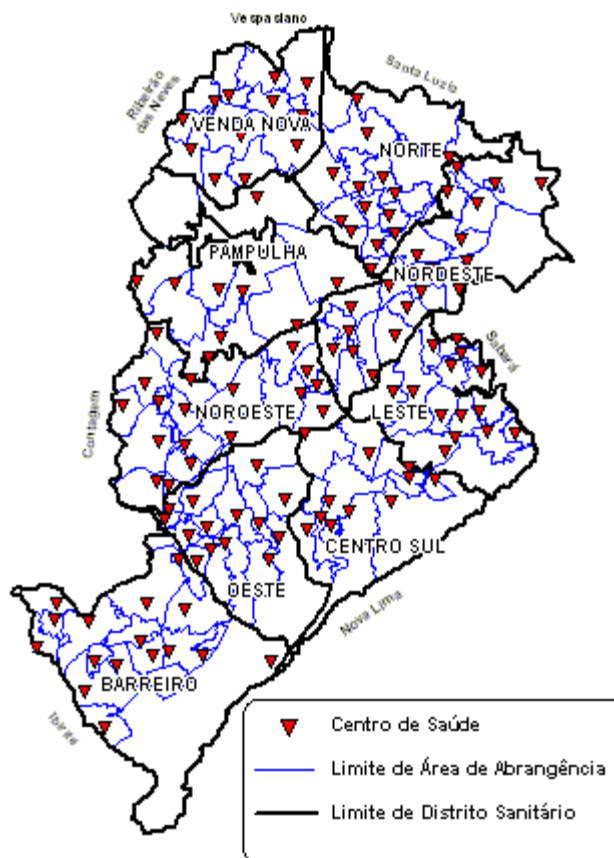


Figura 1 - Mapa da distribuição dos nove distritos sanitários e o conjunto de unidades de saúde ambulatorial da rede própria do município de Belo Horizonte (SMS-BH, 2005).

Atualmente, a Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte conta com 131 Centros de Saúde, 6 unidades de referência secundária e cerca de 50 hospitais conveniados (SMS-BH, 2005).

3.4.1 A Otorrinolaringologia

Em Belo Horizonte, a rede pública disponibiliza, para atendimento em otorrinolaringologia, médicos especialistas que realizam os atendimentos nas Unidades de Referência Secundária (URS): Sagrada Família, Padre Eustáquio (referência em atendimentos à população adulta), e Saudade (referência em pediatria).

A URS Saudade conta com dois especialistas para atendimento em otorrinolaringologia pediátrica, realizando média de 120 consultas/semana, distribuídas em 60 primeiras consultas e 60 consultas de retorno.

O usuário da rede pode usufruir exames laboratoriais, exames por imagem (radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética, fibronasofaringolaringoscopia (para crianças a partir de oito anos de idade) e exames audiológicos (audiometria tonal, impedanciometria, audiometria de tronco cerebral). A especialidade otorrinolaringologia é hoje um dos grandes problemas assistenciais do SUS-BH com grande demanda reprimida (JÚNIOR et al, 2000).

A Regional Leste é uma das nove regionais de Belo Horizonte com quatorze centros de saúde a ela vinculada. A Tabela 1 demonstra que a otorrinolaringologia é responsável por cerca de 10% dos encaminhamentos da rede primária para a rede

secundária. Dados sobre o número de pacientes que aguardavam agendamento para consulta na rede secundária de otorrinolaringologia durante o primeiro semestre de 2005 são apresentados, o que vem confirmar a demanda reprimida para a especialidade referida por JÚNIOR et al (2000).

Tabela 1 - Número de guias de referência aguardando agendamento para a otorrinolaringologia pediátrica comparadas ao total de outras especialidades da rede pública de Belo Horizonte, no período de janeiro a julho de 2005.

Meses do Ano	Total de Guias para todas as especialidades	Nº de Guias para otorrinolaringologia pediátrica N (%)
Janeiro	6 147	730 (11,87%)
Fevereiro	7 656	984 (12,85%)
Março	6 202	695 (11,20%)
Abril	6 505	701 (10,77%)
Maio	5 292	509 (9,61%)
Junho	8 146	745 (9,15%)
Julho	5 199	520 (10,00%)

Dados da Regional Leste –SUS /BH 1

SARMENTO Jr. et al (2005) analisam vários aspectos relacionados à dificuldade no acesso ao atendimento público em otorrinolaringologia, onde o tempo real de espera para um tratamento na especialidade vai desde o início dos sintomas até, em alguns casos, o tempo de espera por um procedimento cirúrgico incluindo o tempo de espera para realização de exames e consultas de retorno. O autor considera que o ponto mais difícil neste processo é ter acesso à consulta no ambulatório da rede secundária. O fato é atribuído à falta de recursos humanos e logísticos neste nível de atenção.

1 Dados fornecidos pela Gerência da Regional Leste da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em Novembro de 2005.

3.5 Doenças Otorrinolaringológicas Mais Comuns

As doenças otorrinolaringológicas mais comumente avaliadas na rede primária de saúde são de etiologia infecciosa e são mais freqüentes na população pediátrica (BENGUIGUI, 1998; O'HARA et al, 2000; SANTANA, 2002). Na maioria das vezes, são de etiologia viral e curso benigno. No entanto, podem se complicar com infecções causadas por agentes recidivantes nas crianças principalmente de baixa idade podendo inclusive evoluir com infecções pulmonares (SANTANA, 2002).

Em último censo do Ministério da Saúde, 754 246 crianças foram internadas devido à infecção respiratória aguda, ocorrendo 11,95% de óbitos. Com relação às complicações, ocorreram 28 102 casos de septicemia, com 17,92% óbitos. Esses dados podem ser comparados com o número de internações por: doenças diarréicas (341 022 crianças - 3,89% de óbitos), deficiências nutricionais (22 054 crianças - 1,53% de óbitos), malformações congênitas (23.808 crianças - 4,47% de óbitos) (DATASUS / MS, 2000).

As infecções otorrinolaringológicas podem ser diagnosticadas pela observação de sinais clínicos. O tratamento requer o emprego racional e correto de antibióticos, e demanda grande parte do percentual de antimicrobianos disponibilizados para a rede pública, acarretando impacto financeiro no orçamento governamental.

Propostas devem ser estabelecidas para equacionar os problemas prioritários na saúde pública no que diz respeito ao controle efetivo das infecções das vias aéreas, contextualizando a realidade através de estudo epidemiológico controlado.

3.5.1 Otites

A incidência das otites médias em crianças tem aumentado consideravelmente nos últimos 20 anos (BALBANI & MONTOVANI, 2003). É considerada a principal causa de deficiência auditiva na infância, podendo provocar perdas auditivas com limiares em torno de 38 dB (SHRIBERG et al, 2000).

Estudos mostram que os três primeiros anos de vida são críticos para o desenvolvimento da linguagem, e crianças com otite média, nesse período, têm maior risco de apresentar distúrbios na aquisição da linguagem, no comportamento e, futuramente, no aprendizado escolar (BALBANI & MONTOVANI, 2003).

As otites podem comprometer o ouvido externo ou o médio. As que comprometem o ouvido médio são classificadas como: 1) aguda; 2) recorrente; 3) crônica.

3.5.1.1 Otite Externa (OE)

A orelha externa é constituída pelo pavilhão auricular, meato acústico externo e a superfície do tímpano (SENTURIA, et al 1980). Pode ser acometida por processo infeccioso (bacteriano, virótico, fúngico e parasitário), alérgico, traumático e tumoral (GUATIMOSIM, 1998).

As infecções da orelha externa são similares às infecções da pele e tecidos moles complicados pela tortuosidade e estreitamento anatômicos do conduto auditivo que permite a retenção de umidade e corpos estranhos, provocando macerações e irritações nos tecidos superficiais (KLEIN, 1995).

Os critérios para o diagnóstico de otite externa incluem presença de edema do conduto, com hiperemia, dor à compressão e secreção drenando pelo conduto externo que está ausente nas fases iniciais da enfermidade (GUATIMOSIM, 1998). História prévia de exposição à umidade excessiva ou traumatismo corroboram o diagnóstico (FIGUEIREDO & WECKX, 2000).

3.5.1.2 Otite Média Aguda (OMA)

A OMA é uma das doenças mais comuns na infância (SIH, 1998). Caracteriza-se pela presença de infecção da orelha média que compromete a caixa timpânica, a tuba auditiva e as células da mastóide.

Nos Estados Unidos, a OMA é o diagnóstico mais associado à necessidade de uso freqüente de antibióticos em crianças (ROSENFELD et al 1994; GUNGOR & BLUESTONE, 2001). Estudos conduzidos pelo *Food and Drug Administration* (FDA) concluem que, em crianças menores de 10 anos de idade, 42% de todos os antibióticos prescritos foram dirigidos para o tratamento de otite média (SIH, 2001). Entre 1980 e 1992, houve nos Estados Unidos um aumento de 48% nas taxas de prescrição de antibióticos para crianças. Em 1992, a prescrição de antibióticos perdia apenas para drogas cardiovasculares e renais. Paralelamente, o aparecimento da resistência bacteriana coincide com o uso abusivo de antimicrobianos (KLEIN, 2000; QUINONEZ, 2004).

No Brasil, estima-se que 75% de todas as crianças com menos de cinco anos tiveram pelo menos, uma consulta pediátrica devido à otite (SIH, 1993) e que o número de prescrições de antibióticos para tratamento de OMA represente 38% do total de antibióticos prescritos para pacientes não hospitalizados (SIH, 1998).

O diagnóstico da OMA baseia-se nos sintomas clínicos: febre, irritabilidade, otalgia e outros sinais inespecíficos associados aos achados à otoscopia realizada após

remoção de cerume, com otoscópio que forneça iluminação adequada, e espéculo com tamanho adequado para cada diâmetro de conduto (SIH, 2003).

SAFFER & LUBIANCA (1992; 1994) descrevem as características observáveis da membrana timpânica na presença de OMA:

1. **Abaulamento** - sinal mais importante (sensibilidade de 67%). Pode estar presente tanto na fase inicial da OMA quanto na evolução do processo;
2. **Mudança de cor e/ou perda da transparência** – sinal importante, contudo, pode também ocorrer quando a criança está chorando, o que pode levar a avaliações inadequadas;
3. **Vascularização radial da membrana do tímpano (MT)** - não deve ser confundida com a vascularização normal da MT, quando os vasos são visíveis sobre o cabo do martelo;
4. **Presença de nível líquido:** a criança deve ser examinada sentada para que este sinal possa ser observado;
5. **Perfuração aguda da membrana timpânica** - quando presente, geralmente é pequena, suficiente para a saída do exsudato e, muitas vezes, de difícil visão;
6. **Otorréia** - A presença de secreção no conduto auditivo pode estar presentes nos pacientes com OMA, e em outras doenças do ouvido, como a própria otite externa.

3.5.1.3 Otite Média Recorrente (OMR)

A otite média é definida como recorrente, se a criança teve, pelo menos, três ou mais episódios de otite em seis meses ou quatro ou mais episódios durante 12 meses com normalização total durante as intercrises (SIH, 1999a). Após um episódio de OMA, a efusão no ouvido médio pode persistir por até duas semanas em 70% das crianças, por um mês em 50%, por dois meses em 20% e até por três meses em 10% dos casos, apesar da terapêutica antimicrobiana adequada (SAFFER et al 2000). Portanto, a persistência de efusão no ouvido médio faz parte do curso atual de uma otite média aguda e não de uma recorrência (DOWELL et al, 1998).

Quando a efusão se acompanha de novo episódio de febre e de dor persistente do ouvido, considera-se recorrência da otite média aguda.

Fatores de risco como infecções de vias aéreas superiores (IVAS), disfunção da tuba auditiva, alergia respiratória, permanência em creches, exposição à fumaça de cigarro, imaturidade e deficiência imunológica, presença de vegetação adenóide hipertrofiada e/ou adenoidite, uso de chupeta, falta de aleitamento materno e presença de refluxo gastroesofágico, devem ser considerados na gênese da OMR (BLUESTONE, 1998; ALHO et al, 1996).

O diagnóstico baseia-se na história clínica e terapêutica. O exame do tímpano é de valor limitado, pois pode estar normal dependendo da frequência e distância do último episódio agudo (SIH, 1993). Desde que caracterizada recorrência, os fatores associados devem ser corrigidos e o paciente acompanhado na atenção primária. Aqueles casos com co-morbidades que implicam em tratamento especializado, como o cirúrgico, por exemplo, devem ser selecionados para serem encaminhados para a atenção secundária

3.5.1.4 Otite Média Crônica (OMC)

A OMC é um processo inflamatório do revestimento mucoperiosteal da orelha média que se prolonga por mais de oito semanas (NAGER, 1993). Pode ser classificada,

considerando-se aspectos clínicos e histopatológicos, em:

1. Otite média com Efusão (OME)
2. Otite média crônica não colesteatomatosa (OMCNC);
 - a. Simples
 - b. Supurada
3. Otite média crônica colesteatomatosa (OMCC):
 - a. Colesteatoma Primário.
 - b. Colesteatoma Secundário.
 - c. Colesteatoma Congênito.

De todos os tipos de otite crônica, o único que pode ser avaliado e acompanhado na atenção primária é a OME. Nessa modalidade, o tímpano mantém-se íntegro e a resolução espontânea ocorre na maioria dos casos. Cabe à atenção primária determinar quais casos tiveram resolução espontânea e quais carecem de avaliação na atenção secundária. Os demais tipos de otite crônica implicam em perfuração da membrana timpânica. Logo, devem, por definição, serem referenciados para a atenção secundária. Do ponto de vista de prevalência, as otites crônicas com perfuração da membrana do tímpano são menos freqüentes (GODINHO et al, 2001).

3.5.1.4.1 Otite Média com Efusão (OME)

Define-se como a presença crônica de efusão na orelha média, tendo a perda auditiva como o principal sintoma, podendo estar envolvida na gênese dos déficits de desenvolvimento da linguagem (SHRIBERG et al, 2000). A presença de efusão em orelha média é o estágio inicial de alterações inflamatórias, passíveis de reversão com tratamento clínico. Pode apresentar-se de forma assintomática, ou com perda auditiva condutiva leve, ou como episódios de otites de repetição (SAFFER & PILTCHER, 2002).

O diagnóstico é eminentemente clínico: baseado na anamnese, exame físico, e, especialmente, na otoscopia: membrana timpânica apresenta-se íntegra, mas com

sinais de atividade inflamatória retrotimpânica, como presença de nível hidro-aéreo; hiperemia; vascularização radial da membrana timpânica; metabólitos de hemossiderina (cor azulada); abaulamento timpânico na fase de reagudização (ROSENFELD, 1994).

O importante na atenção primária é acompanhar os casos de OME identificando aqueles que apresentam resolução espontânea e só encaminhar à atenção secundária aqueles que persistem por mais de 3 meses. Estes devem ser encaminhados ponderando-se a necessidade de tratamento cirúrgico (GIEBINK et al, 1990).

3.5.2 Rinossinusites

O termo rinossinusite é atualmente adotado, visto que a rinite e a sinusite são, uma doença em continuidade. A rinite pode ocorrer isoladamente, contudo a sinusite sem a rinite é de ocorrência rara (PIGNATARI & FIGUEIREDO, 2004).

Estima-se que a rinossinusite seja o problema de saúde pública de maior incidência no mundo. Segundo o *National Center for Health Statistic*, cerca de 31,2 milhões de pacientes tiveram este diagnóstico nos Estados Unidos em 1985 e uma das doenças mais negligenciadas na prática médica (ARAÚJO, 1999). Nas últimas décadas houve um aumento da incidência das doenças respiratórias na criança. As

rinossinusites passaram a ter um papel progressivamente mais reconhecido, com um aumento significativo nos atendimentos de urgência atribuídos ao real incremento na ocorrência do quadro, à maior atenção dos profissionais envolvidos, e à valorização das radiografias simples dos seios da face (EJZENBERG & SIH & HAETINGER, 1999).

A rinossinusite pode ser clinicamente definida como uma resposta inflamatória da membrana mucosa, que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais. Pode ser causada por agentes infecciosos (vírus – bactérias – fungos), mecanismo alérgico ou por ambos ao mesmo tempo (SAKAMOTO & NAVARRO, 2003).

As infecções de vias aéreas de origem viral ocorrem duas a três vezes por ano no adulto e com frequência maior na criança (6 a 8 vezes) (WECKX et al, 2001). Os agentes patógenos são o *coronavírus*, o *vírus influenza A e B*, o *parainfluenza*, o *vírus sincicial respiratório*, o *adenovírus* e o *enterovírus* (ARAÚJO, 1999). Acredita-se que 0,5% a 2% destes resfriados evoluam para infecção bacteriana (SAKAMOTO & NAVARRO, 2003).

Deve-se suspeitar de infecção bacteriana sinusal quando a sintomatologia de resfriado comum (obstrução nasal, rinorréia purulenta e tosse) persistir por mais de 10 dias sem evidências de melhora (WALD & GUERRA & BYERS, 1991). Segundo o I Consenso Brasileiro de Rinossinusites (SBORL, 1999), as rinossinusites foram

classificadas em:

1. Aguda: Duração dos sintomas até 4 semanas.
2. Subaguda: Duração dos sintomas de 4 a 12 semanas.
3. Crônica: Duração dos sintomas por mais de 12 semanas.
4. Recorrente: Mais de 4 episódios por ano com duração de 7 a 10 dias e resolução completa nos intervalos.
5. Complicada: Complicação local ou sistêmica em qualquer fase.

No caso de rinosinusites de repetição, sem fatores obstrutivos, deve-se pensar em causas sistêmicas (WECKX et al, 2001).

3.5.2.1 Diagnóstico

O diagnóstico de rinosinusites na criança é principalmente baseado em evidências clínicas, ressaltando-se a duração dos sintomas e no exame físico (HAETINGER, 1998). Os sintomas que devem ser considerados podem surgir isolados ou associados: febre, halitose, inapetência (podem ser os únicos sintomas na criança), tosse persistente (diurna ou noturna), obstrução nasal e rinorréia purulenta, cefaléia (incomum antes dos 6 anos) (CLEMENTE et al, 1998).

Ao exame físico, observa-se, pela rinoscopia anterior, edema nas conchas nasais

inferiores, associado a secreção purulenta no assoalho da fossa nasal. Na atenção primária, o exame da região anterior da fossa nasal pode ser realizado com o auxílio da iluminação de um otoscópio. Avaliar a secreção pedindo-se ao paciente para assoar o nariz ou avaliando a secreção posterior através do exame da orofaringe são alternativas interessantes. Esses dados associados à história temporal da enfermidade permitem o diagnóstico correto na maioria dos casos (ARAÚJO, 1999).

Os casos encaminhados para a atenção secundária devem ser aqueles com sinais e sintomas de rinosinusopatias persistentes após acompanhamento e abordagem adequada de processos infecciosos agudos e de possível alergia respiratória.

3.5.2.1.1 Radiografia Simples dos Seios Paranasais

A Radiografia Simples dos Seios Paranasais é um exame de valor limitado e controverso no diagnóstico de rotina das rinosinusites bacterianas agudas, devendo ser solicitada nos casos de dúvida diagnóstica ou resposta pobre ao tratamento clínico inicial (SAKAMOTO & NAVARRO, 2003). Ressalta-se que o diagnóstico da rinosinusite aguda é essencialmente clínico (WECKX et al, 2001),

Em estudos realizados por GWALTINEY Jr. (1996) o achado de nível líquido em Rx simples de seios da face, apresentava especificidade de 89% . ENGELS et al (2000) relatam uma maior especificidade (71 a 91%) para achados de velamento total e nível hidro-aéreo. LINDBAEK et al (1996), relatam uma sensibilidade de aproximadamente 90% na ausência de velamento, nível líquido e espessamento mucoso sendo útil para descartar o diagnóstico de sinusite aguda bacteriana.

O valor diagnóstico da radiografia simples para a rinosinusite em crianças é controverso e discutível (WECKX et al, 2001), visto que: a pneumatização completa dos seios paranasais raramente ocorre antes dos 18 meses de idade (NAVARRO, 1997), a opacificação do seio maxilar pode estar presente quando a criança chora durante a realização do exame (HAETINGER, 1998), a presença de hipoplasia do seio maxilar unilateral, pode simular o velamento total do seio (ARRUDA et al, 1990).

3.5.2.1.2 Fibronasofaringolaringoscopia

A Fibronasofaringolaringoscopia é um exame endoscópico da cavidade nasal realizado na atenção secundária em otorrinolaringologia. Indicado para os casos recorrentes ou crônicos para melhor esclarecimento dos fatores etiológicos associados (SBORL, 1999).

3.5.3 Faringoamigdalite

A faringoamigdalite é definida como qualquer processo inflamatório e/ou infeccioso da mucosa faríngea de caráter virótico ou bacteriano (CARVALHO, 2003). É uma doença comum na atenção primária e a mais diagnosticada por pediatras e médicos generalistas nos EUA e em outras áreas do mundo (AVELINO & VALERA & WECKX, 2002). O aumento de poluição nos centros urbanos e o início da escolarização cada vez mais precoce vêm aumentando os índices de faringites e suas complicações (EJZENBERG & SIH & HAETINGER, 1999).

A faringoamigdalite pode ser dividida em aguda e crônica.

3.5.3.1.Faringoamigdalite Aguda

Os quadros agudos podem ser viróticos ou bacterianos e caracterizam-se por dor de garganta, febre alta, comprometimento do estado geral, astenia, dores musculares, cefaléia, artralgia, odinofagia, otalgia reflexa e aumento de linfonodos cervicais (TEIXEIRA & WECKY, 2000).

Na maioria das vezes, os quadros agudos associam-se a infecções virais, como o *vírus Influenzae*, *Adenovírus*, *vírus Parainfluenza* e *Rhinovírus* (BISNO et al, 1995).

Ao exame físico percebe-se, hiperemia difusa da orofaringe, com ou sem a presença de exsudato esbranquiçado, muitas vezes confundido com infecção bacteriana e que persistem por três a sete dias.

Alguns microrganismos podem ainda provocar processos específicos como:

- a. **Herpes Simples** (*Herpes vírus*): uma das infecções mais comuns que afetam a cavidade oral e faringe, principalmente em crianças na faixa etária de um a cinco anos. Manifesta-se com hiperemia e congestão de toda mucosa faríngea, seguida de ulcerações superficiais semelhantes a aftas. Acomete principalmente gengivas, língua e orofaringe. Duração de sete a dez dias ((AVELINO & VALERA & WECKX, 2002).
- b. **Herpangina**: (*Coxsackievírus*): caracterizado pela presença de vesículas dolorosas, localizadas no véu palatino e pilares amigdaliano. Evoluem com exulcerações após ruptura das mesmas. (EJZENBERG & SIH & HAETINGER, 1999).
- c. **Sarampo** (*Paramixovírus*): pode desencadear amigdalite eritematosa e a presença de pequenas pápulas brancas de 1 a 2 mm de diâmetro sobre um fundo avermelhado, localizadas na região da mucosa jugal (manchas de Koplick), que precedem o quadro exantemático (DUALIBI et al, 2004).
- d. **Mononucleose**: (*Epstein-Barr*): mais freqüente em adulto jovem. Manifesta-se como faringoamigdalite eritematosa ou como enantema no palato. Acompanha intensa adenopatia bilateral, hipertrofia das tonsilas palatinas e

hepatoesplenomegalia. Em crianças, o quadro da mononucleose deve sempre ser considerado como diagnóstico diferencial das faringoamigdalites agudas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), 2003a).

Nas faringotonsilites bacterianas o quadro clínico pode se assemelhar a uma infecção virótica no que diz respeito à dor. Há, por outro lado, sinais clínicos que auxiliam na diferenciação por serem mais comuns nos quadros bacterianos: febre acima de 38,5°C e adenite submandibular. O início é geralmente súbito, com prostração, cefaléia, calafrios, vômitos e dor abdominal (EJZENBERG, 2005a). O *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus do grupo A*) é o principal e mais freqüente agente bacteriano causador das faringoamigdalites bacterianas sendo responsável por 15 a 40% dos casos em crianças entre 5 e 15 anos e, 5 a 15% dos casos em adultos (BRODSKY, 1999; COOPER et al, 2001; BISNO, 2002).

Complicações decorrentes dessa infecção podem ocorrer nos casos não tratados adequadamente, sendo locais, como a formação de abscesso (CARVALHO, 2003), ou sistêmicas, como a febre reumática (BISNO, 1995). Cerca de 4% dos casos não tratados de amigdalite por *Streptococcus pyogenes* podem evoluir para febre reumática (AAP, 2003b).

Outros agentes menos freqüentes nas faringotonsilites bacterianas são *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*,

Mycoplasma, Chlamydia, Corynebacterium diphtheriae e Bordetella pertussis (PICHICHERO, 1998).

Algumas bactérias determinam quadros específicos como:

- a) **Difteria** (*Corynebacterium diphtheriae*): Com a formação de pseudomembrana branco-acinzentada fortemente aderida à mucosa que recobre inteiramente a amígdala pilares, palato mole e úvula. Pode ocorrer sangramento ao se tentar removê-las. Acompanha importante adenomegalia cervical (DUALIBI et al, 2004).
- b) **Angina de Plaut-Vincent** (associação entre um bacilo fusiforme e um espirilo): Amigdalite ulcerada, geralmente unilateral, muito dolorosa e com hálito fétido. (TEIXEIRA & WECKY 2000).
- c) **Febre tifóide** (*Salmonella typhi*): Pode provocar tonsilite ulcerada superficial. Em 20% dos casos forma-se úlcera oval em pilar amigdaliano anterior. (TEIXEIRA & WECKY, 2000).

3.5.3.2 Faringoamigdalites Crônicas

As faringoamigdalites crônicas, conforme suas manifestações clínicas, classificam-se em:

1. **Tonsilite crônica hipertrófica:** a hipertrofia excessiva e irreduzível do tecido adenoamigdaliano leva a quadro de obstrução nasal crônica e conseqüente respiração oral de suplência, roncos noturnos, distúrbios de fala e deglutição, deformidades orofaciais, disfagia, má-oclusão dentária e síndrome da apnéia obstrutiva do sono, podendo evoluir nos casos mais graves para *cor pulmonale*. O tratamento nestes casos é cirúrgico (WECKY & TEIXEIRA, 1997).
2. **Associada a infecções recorrentes:** a média de episódios de faringite por criança situa-se entre dois e três ao ano sendo mais freqüentes em crianças menores. A ocorrência de quatro ao ano, é classificada como faringite recorrente sendo que uma freqüência anual igual ou superior a sete é considerada crítica principalmente pela repercussão clínica e das condições de vida da criança quanto à escolarização e atividades próprias da idade (EJZENBERG, 2005b).
3. **Tonsilite críptica** (ou caseosa): geralmente as criptas amigdalianas mais alargadas e mais profundas favorecem a formação de *caseum* (acúmulo de restos alimentares, descamação epitelial, leucócitos e bactérias), formando uma massa esbranquiçada de odor fétido, muitas vezes confundido como infecção bacteriana das tonsilas palatinas. O paciente se queixa de irritação constante em orofaringe, halitose e ao exame se vê pontos brancos nas criptas tonsilares. O tratamento baseia-se na orientação para gargarejos com água ou anti-sépticos após as refeições e a remoção mecânica do *caseum* (AVELINO et al, 2002).

3.5.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história e no exame físico. A dificuldade em se diferenciar um processo viral de um bacteriano, associado ao risco de febre reumática nos casos bacterianos que porventura não recebam tratamento antibiótico, têm sido usados para justificar o uso pouco criterioso de antibioticoterapia para o tratamento de faringoamigdalites (DUALIBI et al, 2004). Quadro 1 apresenta critérios clínicos que auxiliam na diferenciação de um quadro viral de um bacteriano.

O diagnóstico laboratorial deve ser reservado para os casos em que há dúvida sobre o agente envolvido. O método de cultura em secreções faríngeas ainda é considerado exame de excelência por muitos autores (GWALTNEY Jr., 1995; EJZENBERG, 2005a; PIGNATARI & FIGUEIREDO, 2001; DUALIBI et al, 2004). Pode, no entanto, apresentar dificuldades na interpretação

QUADRO 1 - Critérios clínicos considerados no diagnóstico diferencial das faringotonsilites bacterianas e viróticas

<u>Faringotonsilites bacterianas</u>	<u>Faringotonsilites virais:</u>
1. Febre alta (maior que 38,5°C)	1. Febre
2. Linfonomegalia sub-mandibular	2. Odinofagia
3. Odinofagia	3. Hiperemia com ou sem exsudato
4. Aumento de tonsilas palatinas	4. Tosse, coriza, rouquidão, diarreia e outros sinais de infecção viral
5. Hiperemia e exsudato purulento	
6. Ausência de tosse, coriza rouquidão, diarreia	
7. Petéquias em palato e exantema	

*Revista Brasileira de Medicina, 2004: 61(12):06-10*²

Culturas falso-negativas ocorrem em menos de 10 % de pacientes sintomáticos e, a detecção do *Streptococcus pyogenes* não distingue os pacientes com infecção verdadeira dos portadores estreptocócicos (AAP, 2003b). O teste rápido para detecção do estreptococo disponibilizado como recurso diagnóstico auxiliar apresenta alta especificidade (acima de 90%) e uma menor sensibilidade (60 e 95%) (GWALTNEY Jr., 1995). Contudo, não está disponível na rede pública de saúde.

² Quadro confeccionado a partir de dados obtidos de DUALIBI, A.P.F.F. et al *Faringotonsilites*. *Revista Brasileira de Medicina, 2004: 61(12):06-10*

A grande maioria dos casos de faringoamigdalite podem ser tratados e acompanhados na atenção básica. Casos de tonsilite críptica (ou caseosa) devem ser conduzidos na atenção primária (TEIXEIRA & WECKY, 2000). Os casos que deveriam ser encaminhados para a atenção secundária seriam aqueles em que se suspeita de indicação cirúrgica.

BLUESTONE (1992) recomenda como critérios para a indicação de cirurgia nas faringoamigdalites a ocorrência de:

1. Tonsilites recorrentes (7 a 5 episódios ao ano por 2 anos ou, 3 episódios ao ano por 3 anos);
2. Tonsilite crônica persistente;
3. Na hipertrofia persistente das tonsilas, não responsiva ao tratamento clínico, com ou sem a presença de processo infeccioso oral, ronco, disfagia, deformidades orofaciais, síndrome da apnéia obstrutiva e em casos avançados até o *cor pulmonale*;
4. Na hipertrofia unilateral das tonsilas;
5. No abscesso peritonsilar recorrente;
6. No abscesso peritonsilar com história progressiva de tonsilites persistentes ou recorrentes;
7. Na tonsilite hemorrágica.

3.5.4 Hipertrofia das Tonsilas (Amígdala e Adenóide)

As tonsilas palatinas (amígdalas), estruturas pares localizadas e geralmente confinadas nas paredes laterais da orofaringe, podem aumentar até o ponto de invadirem a nasofaringe ou estenderem-se inferiormente para a região da hipofaringe (DISCOLO et al, 2003). Da mesma forma, a tonsila faríngea, localizada na nasofaringe (adenóide), pode aumentar de tamanho obstruindo total ou parcialmente a respiração nasal (DISCOLO et al, 2003).

A repercussão clínica da hipertrofia adenotonsilar está no comprometimento da respiração nasal, obrigando a criança a modificar o seu padrão respiratório substituindo-o pelo oral (MARCHESAN, 1994; GANANÇA et al, 2000).

Estas crianças, em maior ou menor intensidade e, na dependência do tempo de evolução do processo, desenvolvem a síndrome do respirador oral com repercussões sistêmicas, orofaciais, ortodônticas, ortopédicas e na qualidade de vida (DI FRANCESCO et al, 2004). Nas crianças com padrão respiratório oral, outros diagnósticos a considerar são: rinite alérgica, desvio de septo, sinusite, pólipos nasais e a atresia das coanas (SBORL, 2000).

O diagnóstico da hipertrofia de amígdala é realizado através do exame da cavidade oral com a criança sentada, iluminação adequada, podendo ser realizada com

lanternas comuns, língua dentro da boca, utilizando-se o abaixador de língua no 1/3 médio, sem provocar reflexo de vômito (BRODSKY, 1999). As amígdalas foram classificadas em 4 diferentes graus, dependendo do grau de obstrução proporcionado na orofaringe. Convencionou-se como grau I as obstruções amigdalíneas de até 25% da orofaringe; grau II, obstrução de 25-50%; grau III, obstrução de 50-75% e grau IV, obstrução maior que 75% da luz da orofaringe. Considerou-se como hipertrofiadas aquelas classificadas como grau III e grau IV (BRODSKY, 1999).

Nos casos com respiração oral, roncos noturnos, com ou sem apnéia, com ou sem amígdalas normais e sem manifestações alérgicas associada, deve-se pensar em hipertrofia das adenóides (DI FRANCESCO et al, 2004).

Apenas os casos que, comprovadamente, apresentarem hipertrofia obstrutiva não redutível com repercussões sistêmicas e na qualidade de vida do paciente e aqueles com quadros de sinusites e/ou otites de repetição deverão ser encaminhadas à atenção secundária (BLUESTONE, 1992).

3.5.5 Rinite Alérgica

A rinite alérgica é a mais freqüente das alergias respiratórias (NASPITZ et al, 2003). Morbidade de alta prevalência apresenta índices variados na população mundial de 0,56% na Suíça a 29% no Reino Unido, com incidência aumentando de forma gradativa (MELLO Jr. & MION, 2002). Afeta entre 10% e 30% dos adultos e acima de 40% das crianças nos Estados Unidos, dados que representam uma população de 35 milhões de americanos com índice de absentismo escolar de 824 mil dias/ano e laborativo de 811 mil dias/ano, com custos direto e indireto de cerca de 2 bilhões de dólares/ano (JONES et al, 1998; MELLO Jr. & MION, 2002).

No Brasil, estudos mostram que a prevalência de rinite alérgica revelou ser em média 39%, com maior incidência nos grandes centros urbanos (STRANCHAN et al, 1997).

A exposição crônica aos poluentes atmosféricos, fumaça de tabaco, formaldeídos, ácidos voláteis orgânicos, e o modo de vida ocidental são os fatores mais prováveis de contribuição ao aumento crescente da doença (MELLO Jr. & MION, 2002). Em crianças pequenas, o quadro clínico costuma ser confundido com resfriados de repetição e, muitas vezes, seu diagnóstico é feito mais tardiamente (DI FRANCESCO et al, 2004).

É a causa mais comum de obstrução nasal crônica na infância e responsável por 3% de todas os motivos de consulta (SHAPIRO, 1999).

A incidência de sinusite e otite média também é alta em crianças portadoras de rinite alérgica (SHAPIRO, 1999).

3.5.5.1 Classificação

A Iniciativa ARIA - *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*, adota na classificação de rinite alérgica, critérios relativos a sintomas e a parâmetros de qualidade de vida, classificando-a de acordo com o tempo de evolução em **intermitente** (sintomas presentes em período menor que 4 dias por semana ou em período menor que 4 semanas), e **persistente** (sintomas presentes em período maior que 4 dias por semana e em período maior que 4 semanas); e de acordo com a intensidade dos sintomas em **leve** (não compromete a qualidade do sono nem as atividades diárias), e **moderada / severa** (compromete a qualidade do sono com reflexo nas atividades diárias) (BOUSQUET et al, 2001).

3.5.5.2 Diagnóstico

O diagnóstico de rinite alérgica é eminentemente clínico (NASPITZ et al, 2003). BOUSQUET, et al, (2001) e as diretrizes da Iniciativa ARIA, (2002) propõe

considerar para o diagnóstico de rinite alérgica os sintomas de obstrução nasal, espirros, prurido e coriza, quando o paciente entra em contato com o antígeno ao qual é sensibilizado. A obstrução nasal pode ser uni ou bilateral com obstrução intermitente, alternando de uma fossa nasal para outra com ou sem anosmia ou hiposmia (MELLO Jr. & MION, 2002). Os espirros, coriza e prurido nasal (uma das manifestações mais comuns, não ocorrendo habitualmente em rinites de outra etiologia) são muito freqüentes. Prurido em palato, olhos, ouvidos, lacrimejamento e edema periorbital, (GALVÃO, 2003) podem associar-se a sintomas sistêmicos como: mal-estar geral, cansaço, irritabilidade, insônia, cefaléia, diminuição da capacidade de concentração, apatia e distração (MELLO Jr., 2003).

Considerar também as características dos sintomas da rinite alérgica (persistentes, recorrentes, resistentes ao tratamento clínico) e a presença de outras atopias, como asma e urticária, são importantes na abordagem do paciente. As características do ambiente domiciliar, a utilização de medicamentos e a história familiar de rinite alérgica ou atopia devem fazer parte da avaliação clínica desses pacientes. Quando um dos pais é alérgico, a possibilidade de os filhos serem alérgicos é elevada (MELLO Jr. & MION, 2002).

O I Consenso Brasileiro de Rinites (SBORL, 2000) considerou como critérios diagnósticos sugestivos da presença de rinite alérgica, os achados em exame físico de :

1. Prega cutânea acima da ponta nasal (resultado de freqüentes movimentos de suspensão da ponta no ato de coçar - saudação do alérgico);
2. Cianose da região periorbital (estase venosa secundária à obstrução nasal crônica);
3. Linhas de Dennie-Morgan (sulcos na pálpebra inferior);
4. Respiração predominantemente bucal;
5. Fácies alongadas (associadas à obstrução nasal crônica);
6. Boca entreaberta.

Os casos comprovadamente classificados como persistentes, de intensidade moderada a severa, melhoram com o tratamento medicamentoso. Medidas de higiene pessoal e ambiental devem ser feitas na atenção primária. Apenas os casos que não melhoram e/ou com co-morbidades que impliquem em propedêutica ou tratamento específico deveriam ser encaminhados para a atenção secundária.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

4 METODOLOGIA

4.1-Histórico

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e o centro de referência em saúde pública no estado. Situada na região Sudeste do Brasil, é um dos principais centros urbanos do país, o quarto em população, com 2.238.526 habitantes, sendo 178 346 de crianças entre 0 e 4 anos, 185 127 entre 5 e 9 anos (faixa etária em que ocorrem 80% das infecções respiratórias da infância) e 411 970 entre 10 e 19 anos (IBGE, 2000).

A população escolhida restringiu-se à pediátrica, por ser essa a faixa etária em que se concentra a maioria das enfermidades otorrinolaringológicas (SANTANA, 2002).

O local escolhido para a pesquisa foi o ambulatório referência em otorrinolaringologia pediátrica da rede pública de Minas Gerais, situado no bairro Saudade em Belo Horizonte. Este ambulatório conta com duas profissionais com experiência no atendimento de crianças e, possui uma organização administrativa, de infra-estrutura e de pessoal, que permitiu e facilitou o andamento desse estudo.

4.2. Desenho do Estudo

O trabalho é um estudo para avaliar a concordância diagnóstica das doenças otorrinolaringológicas pediátricas entre a atenção primária e secundária.

Foram avaliadas 1500 crianças com doenças otorrinolaringológicas que não puderam ser resolvidas na atenção primária e foram encaminhadas para a atenção secundária. Estas crianças foram avaliadas inicialmente por um ou mais médicos na atenção primária e posteriormente por médico especialista na atenção secundária.

Os diagnósticos estabelecidos na atenção primária e secundária foram comparados quanto ao índice de concordância e discordância, considerando-se o diagnóstico definido pelo especialista como referência.

Na atenção primária, definiu-se que o diagnóstico seria estabelecido a partir da descrição da doença na guia de encaminhamento da atenção primária para a secundária. Na atenção secundária, o diagnóstico foi definido a partir do exame otorrinolaringológico realizado pelo especialista. Esse profissional conhecia o diagnóstico estabelecido na guia de encaminhamento e poderia concordar ou não com o mesmo. Para o diagnóstico, o especialista utilizou-se de critérios clínicos e

dos exames complementares disponíveis na rede básica de saúde, a saber, exame radiológico e testes laboratoriais.

As crianças avaliadas foram agrupadas em dois grupos, baseados nas informações das guias de referência dadas pelo profissional que as encaminhou: se pediatra ou médico de família.

4.3 Coleta de Dados

Foram avaliadas 1500 guias de referências **originadas da atenção básica** e direcionadas ao serviço de otorrinolaringologia pediátrica do ambulatório referência da SMS-BH. O estudo transcorreu de Março de 2004 à Maio de 2005. As variáveis avaliadas na guia de referência incluíram: identificação do paciente (nome, idade, gênero), procedência, data do encaminhamento, descrição do diagnóstico e profissional que encaminhou (pediatra ou médico de família). Este formulário está descrito no ANEXO I.

Na atenção secundária, o protocolo utilizado pelo especialista para avaliação das crianças incluídas neste estudo, está descrito no ANEXO II. Dos dados avaliados, considerou-se se o acompanhamento de cada criança em estudo havia sido realizado sempre pelo mesmo médico ou, se esta criança, foi acompanhada por mais de um médico na atenção primária para a mesma patologia em questão.

O tempo de espera pela consulta com o especialista foi estabelecido pelo período entre o encaminhamento da atenção básica até a data do atendimento na atenção secundária.

Os diagnósticos definidos para serem avaliados nesse estudo foram aqueles descritos nas guias de referência selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do presente estudo, e aqueles dados pelo especialista após avaliação destas mesmas crianças. Os diagnósticos definidos para serem avaliados nesse estudo foram: rinite alérgica, otite (externa, média aguda, crônica e recorrente), faringoamigdalite (aguda, recorrente e crônica), rinossinusite (aguda, recorrente e crônica), hipertrofia da amígdala e adenóide (associadas ou isoladas).

Todos os dados necessários à pesquisa relativos aos achados na avaliação do especialista foram coletados e inseridos em banco de dados específico para esse estudo e armazenados em programa estatístico (*EPIINFO* 6.04).

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos neste estudo os pacientes pediátricos (0 a 16 anos) de primeira consulta encaminhados das unidades básicas do SMS-BH, por médicos pediatras ou do PSF, para avaliação otorrinolaringológica no centro de referência em atenção secundária do SMS-BH, Belo Horizonte. Tais pacientes deveriam ter guias de encaminhamento com diagnósticos definidos, legíveis e morarem no município de Belo Horizonte.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos: os pacientes que não tiveram sua avaliação realizada na atenção básica, ou que não foram avaliados por médicos pediatras ou do PSF; pacientes que não tinham diagnósticos especificados, pacientes que tiveram suas guias de referência com rasuras ou ilegíveis, pacientes que necessitaram exame complementar para definição do diagnóstico.

4.6 Pesquisadores Envolvidos

Participaram desse estudo dois médicos especialistas que trabalham na rede pública de saúde na atenção secundária e que possuem experiência na área de

otorrinolaringologia pediátrica.

Os médicos especialistas usaram os mesmos critérios diagnósticos para as doenças otorrinolaringológicas avaliadas.

4.7 Análise Estatística

Todos os dados do protocolo de pesquisa (ANEXO II) totalizando 280 variáveis foram inicialmente armazenados no Programa *EPIINFO 6.04* e posteriormente codificados e analisados pelos programas *EPIINFO 6.04* e *SPSS*.

Na análise dos dados, a questão de interesse é saber se os profissionais envolvidos neste estudo diferem em seus critérios diagnósticos.

Na análise univariada, verificou-se as medidas de tendência central, de variabilidade e frequência das variáveis de interesse.

Na análise multivariada a questão de interesse foi saber se os profissionais da atenção primária eram capazes de diagnosticar de forma correta as enfermidades otorrinolaringológicas, tendo como padrão para comparação o diagnóstico do médico da atenção secundária.

Os resultados obtidos foram colocados em tabela (Tabela 8) e submetidos à análise considerando-se:

Doente: presença da doença.

Não doente: ausência da doença.

A: concordante doente (médicos da atenção primária e secundária concordam com a presença da doença)

B: discordante não doente (diagnóstico de doença pela atenção primária não confirmado na atenção secundária)

C: discordante doente (diagnóstico de doença ausente não confirmada na atenção secundária).

D: concordante não doente: (médicos da atenção primária e secundária concordam com a ausência da doença)

Na análise da concordância diagnóstica, foram considerados os diagnósticos concordantes presentes para cada grupo de doença estudada, obtendo-se o percentual de concordância, tendo como base o diagnóstico do especialista. As doenças agudas foram excluídas deste cálculo pela baixa frequência de encaminhamentos, pelo intervalo de tempo alargado entre o atendimento na atenção primária e secundária e pela manifestação, muitas vezes circunstancial, destes quadros no ambulatório referência em otorrinolaringologia na atenção secundária.

Na análise comparativa da capacidade diagnóstica do médico de família em

relação à do pediatra, tendo como referência o diagnóstico estabelecido pelo especialista, os diagnósticos foram avaliados de forma comparativa, considerando-se a hipótese nula de que o pediatra não é melhor do que o médico de família para avaliar crianças com doenças otorrinolaringológicas. Aplicou-se o teste do *Qui-quadrado*, com o cálculo do valor de P, considerando-se nível de significância de 5% e poder de 80%.

4.8 Local da Pesquisa

Foram utilizadas para a pesquisa as instalações do ambulatório da URS Saudade, onde já funciona o serviço de referência em otorrinolaringologia pediátrica de rede pública, devidamente equipada para o atendimento clínico ambulatorial na especialidade com mobiliário adequado: mesa, cadeiras para o paciente e seu acompanhante durante a anamnese, maca para exame do paciente com foco de luz, espelho frontal, otoscópio de pilha, abaixadores de língua de madeira descartáveis, espéculos nasais, pinças, estiletos para remoção de corpos estranhos e cerume do ouvido, aspirador.

Revisão Bibliográfica

Os artigos usados na revisão da literatura foram selecionados através das bases de dados do sistema MEDLINE e LILACS. Foram também utilizadas publicações da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, livros de saúde pública e infectologia, tratados de otorrinolaringologia, Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Jornal Brasileiro de Medicina, Revista Pediatria Moderna, Revista Brasileira de Medicina; e dados do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e IBGE.

As palavras-chave para busca de trabalhos e artigos para o estudo foram: sistema único de saúde, programa de saúde da família, atenção básica, otorrinolaringologia pediátrica, otites, rinosinusites, amigdalites, faringites, rinite alérgica hipertrofia de amígdala e adenóide, infecções de vias aéreas superiores.

4.10 Riscos e Benefícios

O atual estudo não trouxe riscos ao paciente e não comprometeu o tratamento do mesmo, visto que não houve interferência na rotina dos Centros de Saúde bem como na conduta profissional e no tratamento dos mesmos. O paciente foi

informado sobre os riscos e benefícios do estudo, sendo garantido o seu direito ao atendimento médico e esclarecidas todas as dúvidas decorrentes deste estudo (ANEXO III).

4.11 Aspectos Éticos

Durante o atendimento, o paciente foi comunicado sobre a pesquisa e esclarecido que o estudo em nada interferiria no seu atendimento e que os dados ali coletados eram sigilosos e seriam utilizados exclusivamente para fins científicos (ANEXO III).

A pesquisa foi classificada como de risco nulo para agravos à saúde do paciente (CAP. II, Art. 13) da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde.

4.12 Critérios Diagnósticos para as Doenças Otorrinolaringológicas

4.12.1 Otites

4.12.1.1 Otite Média Aguda (OMA)

O diagnóstico foi baseado nos sintomas - presença de otalgia e febre, e na visão da membrana timpânica pela otoscopia (realizada após remoção de cerume, com otoscópio de iluminação adequada, e espéculo em tamanho adequado para cada diâmetro de conduto) na evidência de abaulamento, perda da transparência e hiperemia da membrana timpânica, ou pela presença de otorréia (SAFFER & LUBIANCA, 1992, 1994; SIH, 2003)

4.12.1.2 Otite Média Recorrente (OMR)

O diagnóstico da OMR foi baseado na história clínica - relato de pelo menos, três ou mais episódios de otite média aguda em seis meses ou quatro ou mais episódios durante 12 meses, em crianças com otoscopia normal. (DOWELL et al, 1998; SAFFER et al, 2000).

4.12.1.3 Otite Média com Efusão (OME)

O diagnóstico foi baseado nos achados de otoscopia, estando a membrana timpânica íntegra, porém com sinais de atividade inflamatória retrotimpânica, a saber: presença de nível hidro-aéreo, hiperemia ou abaulamento do tímpano; sinais

de secreção retida por longo período em ouvido médio (cor azulada do tímpano), em crianças sem otalgia, com relato ou não de otites de repetição e/ou com suspeita de perda auditiva (ROSENFELD, 1994; SHRIBERG et al, 2000).

4.12.1.4 Otite Externa (OE)

O diagnóstico foi baseado na história clínica – presença de otalgia precedida ou não por episódio de traumatismo, com ou sem relato de banho de piscina ou mar. O exame otoscópico demonstra edema e hiperemia do conduto auditivo externo com ou sem secreção purulenta, descamação epitelial e dor intensa que o paciente apresenta ao se manipular a orelha. Exame do tímpano dificultado pelo edema do conduto externo (FIGUEIREDO & WECKX, 2000).

4.12.2 Rinossinusites

O diagnóstico de rinossinusite considerou a história clínica e os achados de exame físico e o tempo de persistência dos mesmos. O relato de sintomas (isolados ou associados) de febre, halitose, inapetência, tosse (diurna ou noturna), obstrução nasal com rinorréia purulenta, e cefaléia (CLEMENTE et al, 1998; HAETINGER, 1998).

O exame do nariz foi realizado através de espéculo nasal com iluminação indireta pelo espelho frontal considerando-se, a coloração da mucosa (hiperemiada), o

perfil trófico dos cornetos inferiores (hipertrofiados) e a presença de secreção nasal em meato médio (ARAÚJO, 1999).

Na oroscopia, considerou-se a presença de secreção mucosa amarelada e/ou esverdeada na parede faríngea como sinal significativo (aliado à história clínica) da presença de rinosinusite (WECKX et al, 2001).

Foram diagnosticadas como (SBORL,1999)

1. **Agudas/ subagudas:** aquelas que apresentavam os sintomas nas últimas 4 a 12 semanas.
2. **Crônica:** aquelas que apresentavam os sintomas por mais de 12 semanas.
3. **Recorrente:** aquelas com histórico de mais de 4 episódios por ano com resolução completa nos intervalos.

4.12.3 Faringoamigdalites

4.12.3.1 Faringoamigdalites Agudas

Os critérios utilizados consideraram a presença dos **sintomas** - dor de garganta, febre, comprometimento do estado geral, astenia, dores musculares, cefaléia, artralgia, odinofagia, otalgia reflexa, cefaléia, calafrios, vômitos e dor abdominal – e **sinais** ao exame - hiperemia difusa ou placas, com ou sem a presença de *vesículas e/ou ulcerações* superficiais na mucosa oral, linfadenomegalia cervical,

hipertrofia das tonsilas palatinas e presença de petéquias no palato (BISNO, 1995; TEIXEIRA & WECKY, 2000).

Os casos considerados agudos foram diagnosticados como faringoamigdalites **bacterianas** na presença de febre com adenopatia cervical anterior dolorosa, hipertrofia com hiperemia e exsudato amigdaliano (PICHICHERO, 1998).

As crianças que manifestaram sintomas isolados de dor, ou febre com ou sem exsudato amigdaliano, ou presença de vesículas ou ulcerações superficiais foram diagnosticadas como **viróticas**, tratados sintomaticamente e acompanhadas em sua evolução (BISNO, 1995).

Optou-se pela realização de culturas de secreção faríngea e tratamento direcionado nos casos suspeitos (GWALTNEY Jr., 1995; EJZENBERG et al, 1998; PIGNATARI & FIGUEIREDO, 2001; DUALIBI et al, 2004; EJZENBERG, 2005a).

4.12.3.2 Faringoamigdalites Crônicas

Foram assim consideradas na presença de:

- a. Histórico de tonsilite aguda recorrente (cinco a sete infecções em um ano ou quatro em dois anos consecutivos ou três infecções por ano em três anos consecutivos) (EJZENBERG et al, 1998).

- b. Hipertrofia excessiva e irreductível do tecido adenoamigdaliano com quadro de roncos noturnos, distúrbios de fala e deglutição, deformidades orofaciais, disfagia, má oclusão dentária, a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (WECKY & TEIXEIRA, 1997).
- c. Formação de *caseum* em amígdala críptica (AVELINO et al, 2002).

4.12.4. Doenças Não infecciosas

As doenças não infecciosas consideradas no presente estudo foram: rinite alérgica e a hipertrofia isolada ou associada de amígdala e adenóide.

Os critérios usados para o diagnóstico de cada uma destas entidades foram

4.12.4.1 Rinite Alérgica

O diagnóstico baseou-se nos dados clínicos. Consideraram-se os sintomas de obstrução e prurido nasal, espirros freqüentes, e coriza clara abundante quando exposto o paciente ao alérgeno (BOUSQUET, et al, 2001; MELLO Jr. & MION, 2002; NASPITZ et al, 2003).

Outros possíveis achados clínicos foram: prurido na garganta e orelhas, lacrimejamento, inchaço e vermelhidão nas pálpebras, diminuição do olfato, respiração oral, ronco noturno (GALVÃO, 2003). O exame físico considerou a coloração da mucosa nasal (pálida); o tamanho dos cornetos inferiores (hipertrofiados); a presença de secreção hialina (SBORL, 2000).

4.12.4.2. Hipertrofia da Tonsila Faríngea (Adenóide)

A suspeita clínica de hipertrofia de adenóide foi baseada nos sintomas clínicos e no exame nasal. Os sintomas considerados foram: roncos com ou sem parada respiratória durante o sono, respiração oral diurna, relato de otites de repetição e/ou sinusites de repetição, deformidades orofaciais associadas à respiração oral, como projeção de arcada dentária, atresia do palato, mordida cruzada, distúrbios de fala e deglutição.

Pesquisou-se a presença de sintomas alérgicos (coriza, prurido e espirros) associados, como um dos diagnósticos diferenciais (BRODSKY, 1999; GANANÇA et al, 2000; DI FRANCESCO, et al, 2004).

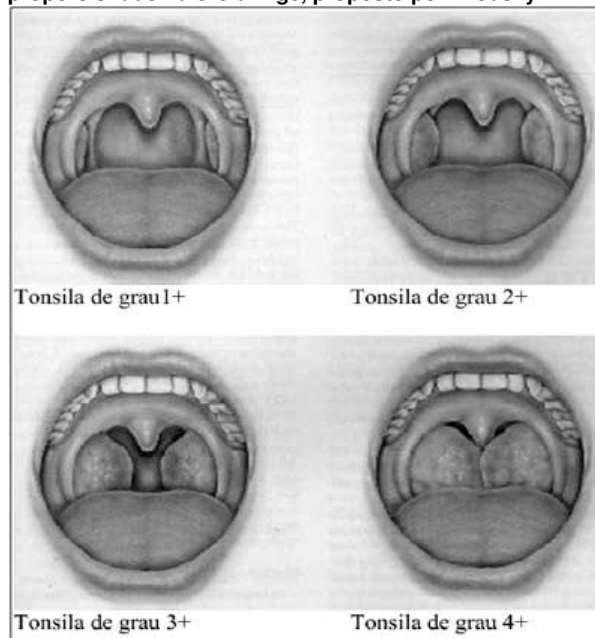
O exame do nariz foi realizado com espéculo nasal e foco de luz. Excluindo-se outros fatores obstrutivos, como desvio do septo e hipertrofia de cornetos nasais, a hipertrofia de adenóide foi o diagnóstico considerado (SBORL, 2000).

A presença de OMR ou quadros de OME, bem como de rinossinusites de repetição, corroborou o diagnóstico de hipertrofia de adenóide (SIH, 2003).

4.12.4.3 Hipertrofia da Tonsila Palatina (Amígdala)

Os critérios utilizados foram baseados na história clínica com sintomas sugestivos de dificuldade de deglutição e/ou roncos noturnos, somados ao exame físico da orofaringe realizado com o paciente de boca aberta, abaixador de língua posicionado no 1/3 anterior da mesma, sem provocar reflexo de vômito. De acordo com a classificação do tamanho das amígdalas em diferentes graus, baseado no grau de obstrução proporcionado na orofaringe. Considerou-se como grau I as obstruções amigdaliana de até 25% da orofaringe; grau II, obstrução de 25-50%; grau III, obstrução de 50-75% e grau IV, obstrução maior que 75% da luz da orofaringe (Figura 2). Diagnosticou-se como hipertrofiadas aquelas classificadas como grau III e grau IV (BRODSKY, 1999).

Figura 2- classificação do tamanho das amígdalas em diferentes graus, baseado no grau de obstrução proporcionado na orofaringe, proposto por Brodsky.



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

5 RESULTADOS

5.1 Epidemiologia

Na URS onde foi realizado o presente estudo, foram avaliadas pelos especialistas em otorrinolaringologia, cerca de 1 500 pacientes de primeira consulta durante o período de março de 2004 a maio de 2005. Desses encaminhamentos, 408 (27,2%) estavam dentro dos critérios de inclusão para esse estudo. Dentre os 1092 (72,8%) excluídos, 117 (7,8%) traziam anotações ilegíveis e, 975 (65%) não preenchiam o critério de inclusão de guia de encaminhamento bem formulada. Na maioria das vezes, os sintomas eram descritos, não especificando o diagnóstico, solicitavam procedimentos específicos ou incluía pacientes fora da cidade de Belo Horizonte.

Participaram deste estudo, 214 (52,5%) meninos e 194 (47,5%) meninas com idade média de 5,3 anos (DP = 3,1). A distribuição por idade e gênero das 408 crianças está descrita no Gráfico 1.

O tempo de espera pela primeira consulta com o especialista na atenção secundária foi de 3,77 meses (Tabela 2).

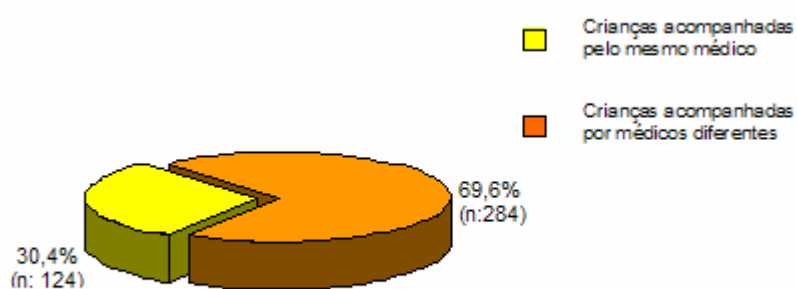
Tabela 2 - Tempo de espera das 408 crianças avaliadas por uma consulta de primeira vez com o otorrinolaringologista na atenção secundária no SMS - Belo Horizonte - MG, durante o período de março de 2004 a maio de 2005.

	DIAS	SEMANAS	MESES
Média	113,25	16,18	3,77
Mediana	66,00	9,43	2,20
Desvio Padrão	140,64	20,09	4,69
Mínimo	1,0	0,14	0,03
Máximo	1 072	153,14	35,73

5.2 Análise Univariada

Das 408 crianças avaliadas, 242 (59,3%) foram encaminhadas para a atenção secundária por médicos pediatras e 166 (40,7%) por médicos do PSF. Destas 408 crianças avaliadas 124 (30,4%) relataram que mantinham acompanhamento com o mesmo profissional na atenção primária e 284 (69,6%) relataram que foram acompanhadas por mais de um profissional na atenção primária (Gráfico 2).

Gráfico 2 –Distribuição das 408 crianças em relação ao acompanhamento no ambulatório da atenção primária ter sido realizado por um mesmo médico ou por mais de um médico no período de março de 2004 a maio de 2005.



Na avaliação dos 408 encaminhamentos, a Tabela 3 apresenta a freqüência dos diagnósticos descritos nas guias de referência da atenção primária comparadas aos diagnósticos definidos na atenção secundária, após o exame otorrinolaringológico, nos mesmos 408 encaminhamentos.

Tabela 3 - Frequência dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento do médico da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005

DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO POR NÍVEL DE ATENÇÃO	
	SECUNDÁRIA N= 408(%)	PRIMÁRIA N=408(%)
Otite Media com Efusão	138 (33,8)	53 (13,0)
Rinite Alérgica	134 (32,8)	14 (3,4)
Faringite Recorrente	92 (22,7)	70 (17,2)
Hipertrofia de Adenóide	78 (19,1)	49 (12,0)
Otite Média Recorrente	60 (14,7)	127(31,1)
Rinossinusite Recorrente	54 (13,2)	43 (10,5)
Hipertrofia adenoamigdaliana	47 (11,5)	21 (5,1)
Rinossinusite Crônica	33 (8,1)	9 (2,2)
Hipertrofia de Amígdala	10 (2,4)	19 (4,7)
Faringoamigdalite Crônica	3 (0,7)	3 (0,7)
TOTAL	649 (159,1)*	408 (100,0)

Na atenção secundária foi feito, em média, 1,59 diagnóstico por criança avaliada.

Na atenção primária foi feito, em média, 1,00 diagnóstico por criança avaliada.

Na tabela 4 verifica-se a freqüência de diagnósticos por grupo de doenças otorrinolaringológicas encontradas nas 408 guias de encaminhamentos da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista.

Tabela 4 - Freqüência de diagnósticos por grupo de doenças otorrinolaringológicas encontradas nas 408 guias de encaminhamentos da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005.

DOENÇA	DIAGNÓSTICO POR NÍVEL DE ATENÇÃO	
	SECUNDÁRIA N= 408(%)	PRIMÁRIA N=408(%)
Rinite Alérgica	134 (32,8)	14 (3,4)
Otite Media Crônica	198 (48,5)	180 (44,2)
Faringoamigdalite Crônica	95 (23,3)	73 (17,9)
Rinossinusite Crônica	87 (21,3)	52 (12,7)
Hipertrofia Adenoamigdaliana	135 (33,0)	89 (21,8)
TOTAL	649 (159,1)	408 (100,0)

*A relação diagnóstico por paciente na atenção secundária em relação à atenção primária foi de 1,59.

Na Tabela 5 verifica-se a concordância dos diagnósticos entre a atenção primária e secundária nos 408 encaminhamentos.

Tabela 5 – Concordância dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005.

DOENÇA	DIAGNÓSTICO		CONCORDÂNCIA (%)
	DEFINIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (N)	CONFIRMADO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA (N)	
Rinite Alérgica	14	8	57,1
Otite Media crônica	180	75	41,6
Faringoamigdalite Crônica	73	46	63,0
Rinossinusite crônica	52	23	44,2
Hipertrofia adenoamigdaliar	89	33	37,1

Na Tabela 6 verifica-se o percentual de concordância diagnóstica geral entre o médico generalista na atenção primária e o médico especialista na atenção secundária

Tabela 6 - Análise da concordância diagnóstica geral entre os diagnósticos estabelecidos pelo generalista na atenção primária com os diagnósticos considerados referência, estabelecido pelo especialista na atenção secundária nas 408 crianças avaliadas em ambos os níveis de atenção durante o período de março de 2004 a maio de 2005 em Belo Horizonte.

Diagnósticos	n	%
Não concordante	279	68,4
Concordante	129	31,6
Total	408	100,0

5.3 Análise Multivariada

Em relação à atenção primária, a Tabela 7 demonstra que, avaliando-se a capacidade do médico em acertar os vários diagnósticos estudados, não houve diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à formação do

profissional, de modo que a habilidade foi semelhante tanto do médico de família quanto do pediatra.

Tabela 7 - Análise comparativa dos diagnósticos definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas no ambulatório referência em otorrinolaringologia da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005

DOENÇA	DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE		VALOR DE P
	MÉDICO PEDIATRA N=242	MÉDICO DE FAMÍLIA N=166	
Rinite Alérgica	6 /165 (3,6%)	2/111 (1,85%)	0,31
Otite Media Crônica	46/347 (13,3%)	29/241 (12,0%)	0,75
Faringoamigdalite Crônica	25/443 (5,6%)	21/297 (7,0%)	0,53
Rinossinusite Crônica	18/425 (4,2%)	5/299 (1,7%)	0,09
Hipertrofia Adenoamigdaliana	24/607 (3,9%)	9/446 (2,0%)	0,12

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos gerais

A função da atenção primária no sistema de saúde inclui a busca pela universalidade, equidade e integralidade (STARFIELD, 2002a). O modelo brasileiro de atenção à saúde foi desenvolvido para abordar a promoção, a prevenção de agravos e a recuperação da saúde (VELOSO, 2004). No caso da recuperação da saúde, a proposta de reformulação do Sistema Único de Saúde pretendia maior resolutividade, efetividade e menor custo, com resolução de 80% dos problemas de saúde na atenção primária (CAMPOS, 2005).

A atenção secundária estaria voltada para a resolução dos casos de maior complexidade que não puderam ser resolvidos na atenção primária. Baseada no princípio da referência e contra-referência, o paciente avaliado na atenção secundária, voltaria à atenção primária para o seu seguimento. Casos específicos seriam referenciados à atenção terciária para os procedimentos de alta complexidade (DORNAS Jr. & FERREIRA, 2003).

Esse modelo mostrou ser efetivo em outros países, como, por exemplo, no Reino Unido e Dinamarca (STARFIELD, 2002c). Para obter tais resultados, STARFIELD (2002c) demonstrou que a saúde coletiva nesses locais apresenta uma orientação política nacional voltada para a atenção primária, promovendo uma atenção primária considerada “forte” e melhorando rapidamente no sentido da coordenação

entre os médicos da atenção primária e especialista atuando na prevenção, promoção, recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida da população.

No Brasil, o projeto de saúde coletiva prioriza as medidas de prevenção e promoção, em relação às de recuperação da saúde (CAMPOS, 2005). Neste contexto, o modelo brasileiro vem investindo na diversidade profissional. No entanto, a menor preocupação com a formação de profissionais com uma efetiva habilidade resolutiva para os agravos mais comuns na atenção primária, pode transformar o PSF em um sistema oneroso e ineficiente do ponto de vista de recuperação da saúde.

Os profissionais que atuam na clínica pediátrica freqüentemente se deparam com enfermidades otorrinolaringológicas, que são comuns na atenção primária. Avaliar a competência desse nível de atenção em resolver os agravos referentes a essa especialidade permitirá inferir sobre a capacidade resolutiva da atenção primária para doenças comuns também em outras especialidades.

6.2 Epidemiologia

Estima-se que cerca de 25% dos casos atendidos na atenção primária envolvem doenças dos ouvidos, nariz e garganta (O' HARA et al, 2000). Isso demonstra que a capacitação do médico da atenção primária para melhor resolver as doenças mais

comuns em otorrinolaringologia aumentaria a eficiência do sistema. Essas doenças são, na grande maioria das vezes, simples e de resolução possível na atenção primária. Basicamente, apenas os casos mais complexos e aqueles com indicação cirúrgica deveriam ser encaminhados. No entanto, o presente estudo mostrou que isto não ocorre.

Na análise dos 1 500 encaminhamentos ocorridos para a atenção secundária durante o período do estudo, apenas 27,2% das guias puderam ser incluídas por preencherem os critérios de encaminhamentos bem formulados para este estudo. Muitas guias não especificavam adequadamente o motivo do encaminhamento, limitando-se a mencionar algum sintoma enquanto outras se mostravam ilegíveis ou apenas solicitavam avaliação do especialista, sem menção de qualquer outro dado. Isso interfere também na eficiência do processo de encaminhamento.

No presente estudo, a população avaliada foi homogênea em relação ao gênero. Predominaram crianças de dois a sete anos de idade (Gráfico 1), faixa etária em que predominam 80% das infecções das vias aéreas superiores e que concentra cerca de 16% da população de Belo Horizonte, não se considerando a população das outras cidades de Minas Gerais (IBGE, 2000; SANTANA, 2002).

6.3 Efetividade da Rede Pública de Saúde em Otorrinolaringologia

A demanda reprimida em otorrinolaringologia, com longas filas de espera por consultas e cirurgias, foram abordadas por SARMENTO Jr. et al (2005) e FORTINI (2003). Estes apontam para as dificuldades que os serviços públicos têm enfrentado para resolver o problema no atendimento secundário na especialidade. A efetividade no atendimento das enfermidades referentes à otorrinolaringologia pediátrica na atenção primária, não se mostrou garantida pelo atual sistema único de saúde, a partir dos dados do presente estudo, gerando encaminhamentos muitas vezes desnecessários.

O tempo de espera por uma primeira consulta no presente estudo, variou de um dia a três anos, com uma média de 3,7 meses (Tabela 1). Esse dado aponta para a necessidade de reformulação na equação de demanda reprimida na especialidade. O fato pode ser atribuído às dificuldades na resolutividade na atenção primária, somados ao escasso número de profissionais especialistas na atenção secundária, à falta de uma estrutura hierarquizada e eficiente, à escassez de recursos para a saúde e aos investimentos insuficientes em material humano e tecnológico. Outro aspecto mencionado por SARMENTO Jr. (2005) a se ponderar, é a dificuldade enfrentada pelo especialista que se vê inserido em um sistema de saúde que prioriza a atenção primária, investindo recursos insuficientes na atenção secundária, seja do ponto de vista de infra-estrutura, seja do ponto de vista de valorização profissional.

6.4 Doenças Avaliadas

O especialista utilizou para o diagnóstico os mesmos métodos diagnósticos possíveis da atenção primária com exceção de possuir maior experiência, melhor iluminação e instrumental básico para o exame do ouvido, do nariz anterior e da garganta, todos passíveis de serem adequados na atenção primária.

As doenças agudas foram pouco freqüentes na população em estudo (Tabela 8), o que pode ser compreendido quando se considera que o tempo médio de espera por uma consulta otorrinolaringológica foi de três meses. Apesar do número pequeno de ocorrências, a capacidade do médico da atenção primária para diagnosticar doenças agudas mostrou-se satisfatória. A exuberância dos sintomas na fase aguda como dor e febre facilitam o diagnóstico. Em relação às doenças mais comuns, no estudo, ocorreu maior prevalência de diagnósticos encaminhados, de OMR e faringoamigdalite recorrente (Tabela 3). Na atenção secundária, quando estas mesmas crianças foram examinadas pelo otorrinolaringologista, os diagnósticos mais prevalentes foram OME e rinite alérgica.

A prevalência de otites na atenção secundária encontrada no presente estudo confirma os dados da literatura (BLUESTONE & KLEIN, 1995).

As otites médias são consideradas um importante problema de saúde pública no mundo. HOFFMAN (2002), em pesquisa realizada nos Estados Unidos, demonstrou que, uma em cada três consultas por motivos de doença e 75% dos retornos por

motivos de doença se deviam à otite média (TEELE, 1983). As estatísticas mostram ainda que, cerca de 70% de todas as crianças terão pelo menos um episódio de OMA antes de completar cinco anos de idade e destas 33% terão três ou mais episódios de OMA antes de completar três anos de idade. Um percentual de 20% destas últimas irá evoluir com OME (SIH, 1993,1998). Logo, saber avaliar de forma precisa o ouvido, incluindo doenças mais comuns, história clínica, otoscopia e o acompanhamento dos pacientes quanto à evolução do quadro, são fundamentais para reduzir o número de encaminhamentos desnecessários de otite para a atenção secundária.

A faringoamigdalite esteve, no presente estudo, em segundo lugar como doença mais diagnosticada e tratada em nível básico de assistência entre crianças de até dez anos. Esses resultados estão de acordo com a estatística de O' HARA et al (2000) que encontraram em estudo sobre práticas otorrinolaringológicas na atenção primária em crianças de até dezessete anos a OMA como o diagnóstico mais comum, seguida pela faringoamigdalite.

Na análise da habilidade diagnóstica do médico da atenção primária, verificou-se que a dificuldade restringiu-se às doenças de curso crônico, cujos diagnósticos definidos na atenção primária apresentaram baixo índice de concordância com o que foi definido na atenção secundária. Estas doenças deveriam ser abordadas adequadamente na atenção primária porque ou são de tratamento simples e realizáveis no âmbito primário, como por exemplo, a rinite alérgica, ou são pouco

sintomáticas, embora com risco real de agravo à saúde, como, por exemplo, a OME.

6.4.1 Otite Média com Efusão

O baixo índice de detecção da otite OME pelo médico da atenção primária, quando comparado com a do especialista (Tabelas 3), pode estar relacionado a pouca habilidade do profissional para realizar uma otoscopia adequada. Do ponto de vista prático, dificuldades existem para se realizar uma boa otoscopia: anatomia pouco favorável, devido a um conduto auditivo externo estreito; hiperemia da membrana timpânica não associada com doença do ouvido, que pode ocorrer com o choro ou durante uma infecção virótica, presença de cerume, achado freqüente, que dificulta a otoscopia. Entretanto, tais dificuldades podem ser superadas com uma boa análise da história clínica, com a aquisição de habilidades, infra-estrutura e equipamentos para uma otoscopia adequada na atenção primária.

A importância disso é que a otite média com efusão é um diagnóstico que deve ser reconhecido e valorizado na atenção primária, pois está relacionada a déficits de aprendizado em crianças em idade escolar. Clinicamente, a OME não causa dor, apenas discreta redução na capacidade auditiva da criança, o que é preocupante, visto que inclusive, pode não ser percebida pelos familiares ou pelo médico que não

esteja previamente treinado para identificá-la (SHRIBERG et al, 2000).

A OME manifesta-se após episódio de OMA e pode permanecer por até três meses. Na maioria das vezes, de evolução benigna e de tratamento expectante, pode ser fator de confusão no diagnóstico das otites e, muitas vezes, ser tratada como OMA. É uma das formas mais comuns de otite média com evolução crônica e pode cursar com sintomas auditivos pouco importantes e com alterações discretas na membrana do tímpano (SIH, 2003). A persistência do quadro implica em procedimento cirúrgico (GIEBINK et al, 1990). Para o seu diagnóstico é importante conhecer a história clínica, e acompanhar o paciente através de otoscopias seriadas (PEREIRA et al, 2004). Isso ressalta a importância, mencionada por CAMPOS (2005), de um mesmo profissional avaliar longitudinalmente o paciente na atenção primária, contribuindo efetivamente para incremento na resolutividade.

Neste estudo, apenas 30% das crianças mantinham acompanhamento com o mesmo profissional na atenção primária (Gráfico 2), o que pode também ter contribuído para a limitação neste diagnóstico pelo médico na atenção primária. Essa variável não foi avaliada no presente estudo.

Considerando-se que neste estudo o médico da atenção primária mostrou dificuldades em diagnosticar com eficiência as doenças crônicas do ouvido, apesar da presença de queixas otológicas, é possível inferir que dentre as crianças que

passaram pela atenção primária sem queixas específicas de otorrinolaringologia, muitos casos de OME podem ter passados despercebidos.

Tratando-se de uma doença freqüente na população pediátrica, os cursos de graduação deveriam capacitar seus alunos nas habilidades necessárias para conduzir esta doença através de uma boa otoscopia e de técnicas seguras para remoção de cerume.

Uma prevalência de 0,94% de otites crônicas em escolares de Belo Horizonte foi o resultado encontrado por GODINHO et al (2001) em estudo recente, o que nos remete a considerações sobre a necessidade em se adotar também medidas de prevenção sistematizadas e a busca por planos estratégicos para a redução dos fatores de risco nas OME.

6.4.2 Rinite Alérgica e Hipertrofia Adenoamigdaliana

No presente estudo, houve baixa concordância nos diagnósticos de rinite alérgica em relação ao padrão-referência (57,1%) Dos casos identificados pelo otorrinolaringologista 89,6% não foram mencionados nas guias de referência pelo médico da atenção primária (Tabelas 4 e 5).

Outra baixa concordância foi em relação ao diagnóstico da hipertrofia da amígdala e

adenóide (37,1%) em que 65,9% dos casos identificados pelo otorrinolaringologista não foram mencionados na atenção primária. Por outro lado, 62,9% dos diagnósticos de hipertrofia da amígdala e adenóide presentes nas guias de encaminhamento da atenção primária, não foram confirmados pelo otorrinolaringologista (Tabela 4 e 5). Isto pode ser interpretado como dificuldade no diagnóstico da criança que mantém respiração oral crônica, em que a hipertrofia de corneto inferior presente nos pacientes com rinopatia alérgica, e facilmente vista com iluminação da região anterior das narinas com um otoscópio manual, é muitas vezes confundida com a hipertrofia da adenóide. Falhas na técnica do exame da orofaringe, poderiam também justificar os encaminhamentos inadvertidos e sem justificativa de casos não confirmados de hipertrofia da amígdala para a atenção secundária. Esses fatores estão relacionados à capacitação inadequada do profissional na graduação para trabalhar na atenção primária com queixa muito prevalente na infância que é a obstrução nasal. Desde que preenchidos os critérios para indicação cirúrgica, justifica-se o encaminhamento destes casos para a atenção secundária. O encaminhamento inadequado gera ineficiência do sistema, devido ao acúmulo desnecessário de casos não cirúrgicos na atenção secundária, que poderiam ser acompanhados na atenção primária.

6.4.4 Rinossinusites

O diagnóstico da rinossinusite aguda elevou-se nas últimas 3 a 4 décadas de 0,2% para 0,5 a 5 % de frequência (WALD et al, 1981; WALD, 1997). Do ponto de vista do impacto social, uma vez estabelecido o diagnóstico de sinusite, este é associado pelos familiares e, até mesmo, por médicos pouco capacitados para lidar com otorrinolaringologia, à patologia crônica. Este conceito determina a realização de novas radiografias e tratamentos com antibióticos, até mesmo na ausência de manifestações de doença respiratória (EJZEMBERG, 1998). O fato é compreensível quando consideramos as rinossinusites, dentro das doenças das vias aéreas superiores, como um grupo peculiar, de difícil comprovação, avaliação fisiopatológica e etiológica e, conseqüentemente problema para a adequada intervenção terapêutica (EJZEMBERG et al, 2003).

Critérios clínicos para o diagnóstico diferencial das rinossinusopatias alérgicas, viróticas ou bacterianas não têm sido considerados de forma sistematizada. Crianças com quadros recorrentes de febre ou tosse e com o diagnóstico equivocado de sinusite podem ser prejudicados pelo não reconhecimento de outras patologias e/ou pela utilização não criteriosa de antibióticos (EJZEMBERG, 1998). O aumento evitável de custo em saúde pública é também uma das conseqüências.

6.5 Capacitação Profissional

Na análise geral, a concordância diagnóstica entre cuidado primário e secundário foi de 31,6% (Tabela 6). Assim, nos 408 casos do presente estudo com doenças otorrinolaringológicas avaliadas na atenção primária e encaminhadas à atenção secundária 68,4% tiveram diagnóstico não concordante. Os casos mais freqüentes, como rinite alérgica, por exemplo, poderiam ter sido resolvidos na atenção primária, diminuindo o número de encaminhamentos ao especialista, com uma redução subsequente de custos para o paciente e para o serviço de saúde pública.

Na análise comparativa da capacidade diagnóstica entre os profissionais da atenção primária, considerou-se a hipótese de que o pediatra avaliaria melhor a criança do que o médico de família que, a princípio, tem apenas a formação básica em pediatria. No entanto, os resultados demonstraram não haver diferença na habilidade diagnóstica entre os grupos (Tabela 7). Resultado semelhante foi observado por ROCHA (2000). Provavelmente o trabalho em equipe multidisciplinar, inerente do médico de família e a sua capacitação voltada para os agravos mais comuns na atenção primária contribuíram para esse resultado.

FORTINI (2003), em estudo recente, avaliou a habilidade e vivência do pediatra em otorrinolaringologia no curso de graduação em Medicina e encontrou um alto índice

de pediatras que se mostraram insatisfeitos em relação aos conhecimentos teórico-práticos adquiridos no curso de graduação acerca de otorrinolaringologia. Neste mesmo estudo, FORTINI (2003) traça o perfil do pediatra em Minas Gerais, onde 44,4% da população estudada é formada pela Faculdade de Medicina da UFMG, 60% destes atuando na Grande BH e 40% no interior, 53% com vínculos nas Secretarias Municipais de Saúde e 22,2 % com vínculos na Secretaria Estadual de Saúde. A Faculdade de Medicina da UFMG mostra-se, então, como a maior formadora de pediatras que atuam no estado (RICAS (1994), DIAS (1996)). Segundo ainda FORTINI (2003),

As questões ponderadas dimensionam a realidade do pediatra e a educação médica recebida na graduação, não somente, mas também no campo da otorrinolaringologia e necessitam atitudes e soluções eficientes. Adequar e integrar a especialidade aos programas de educação médica na formação e após a graduação contribuindo para formar um médico com competência e habilidade para o exercício da profissão.

CUTAIT (2000), em documento recente, relata o esforço conjunto iniciado no Brasil, em dezembro de 1999, entre a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e as Sociedades de Especialidades que, preocupados com o incessante volume de conhecimentos permanentemente incorporados à medicina e frente à necessidade de atualização que a prática médica demanda, desenvolveram o *Projeto Diretrizes*. Este projeto visa elaborar diretrizes médicas baseadas em evidências científicas com o intuito de disseminar a informação e a metodologia

aprendidas para possibilitar a aquisição de conhecimentos pelas Sociedades filiadas a AMB com uma perspectiva voltada para temas de maior prevalência dentro do sistema público de saúde. O autor defende o *Projeto Diretrizes*, argumentando que:

No Brasil, muitas escolas não formam os médicos de maneira conveniente e 35% dos formados não têm acesso à residência. Com a classe sendo massacrada pelas condições econômicas, sem poder investir na sua atualização, essas diretrizes vêm preencher um espaço muito importante, dando suporte científico para decisões nas áreas de diagnóstico, tratamento e prevenção.

No entanto O' HARA et al (2000), em estudo recente nos Estados Unidos, mostram a insatisfação de estudantes de Medicina em relação ao tempo de permanência em serviços de otorrinolaringologia durante o curso de graduação deixando claro ainda que a experiência através de diretrizes ou a participação em conferências não é suficiente para desenvolver a habilidade dos alunos na realização de exames e procedimentos nesta especialidade.

O Ministério da Saúde, na tentativa de aumentar a capacidade resolutiva na atenção primária tanto pública quanto privada, vem apoiando iniciativas como o *Projeto Diretrizes*, um dos esforços governamentais curativos de uma estrutura doente. Contudo, isto não é suficiente. As conclusões deste estudo, que são semelhantes aos de O' HARA (2000) e de FORTINI (2003), deixa clara a necessidade da capacitação nas habilidades teórico-práticas na atenção primária.

CAMPOS (2005) também reconhece, em documento sobre o *Papel da Rede Básica em Saúde na Formação Médica*, que os problemas que o SUS deve resolver são problemas também para as escolas médicas que não estão formando médicos com competência e habilidade para o exercício dessa função essencial ao atual sistema, comprometendo a efetivação da atenção primária. O autor propõe neste mesmo documento uma formação médica que busque uma variação de cenários para o ensino prático. Recomenda a inserção precoce do aluno em atividades que combinem teoria e prática inserindo precocemente o aluno de medicina em estágios na rede básica. Acredita que só assim poderemos formar médicos capazes para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e abertos para continuar aprendendo.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

7 CONCLUSÃO

- No presente estudo, a habilidade diagnóstica em otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte mostrou-se pouco satisfatória, visto que cerca de 68,4% dos pacientes com doenças otorrinolaringológicas avaliadas na atenção primária e encaminhadas para a atenção secundária, tiveram um diagnóstico incorreto.
- O tempo médio de espera pela consulta otorrinolaringológica foi de 3,77 meses (DP = 4,69).
- As enfermidades otorrinolaringológicas mais encaminhados da atenção primária no presente estudo foram: otite média crônica (44,2%), hipertrofia adenoamigdaliana (21,8%), faringoamigdalite crônica (17,9%), rinosinusite crônica (12,7%), rinite alérgica (3,4%), sendo realizados 1,0 diagnóstico por criança.
- As enfermidades otorrinolaringológicas diagnosticadas na atenção secundária no presente estudo foram: otite média crônica (48,5%) hipertrofia da amígdala e adenoides (33%), rinite alérgica (32,8%), faringoamigdalite crônica (23,3%) rinosinusite crônica (21,3%), sendo realizados 1,6 diagnóstico por criança.

- A concordância diagnóstica em otorrinolaringologia entre a atenção primária e secundária na avaliação dos casos encaminhados no presente estudo foi de 31,6%.
- A qualidade dos encaminhamentos gerados na atenção primária para otorrinolaringologia foi insatisfatória. A rinite alérgica, enfermidade das mais encaminhada para a atenção secundária, poderia ter sido conduzida na atenção primária.
- Na atenção primária, a capacidade de acertar o diagnóstico otorrinolaringológico foi semelhante entre o médico pediatra e o médico de família.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

8 PROPOSIÇÕES

O atual sistema de saúde alicerçado em uma atenção básica, de onde se espera uma resolutividade de 80% dos casos, precisa de médicos com elevada resolutividade para os problemas mais comuns neste nível de atenção.

A prática da otorrinolaringologia e, não só, mas muito freqüentemente, em pediatria depara com um grande percentual de patologias que são vivenciadas na atenção básica e a maioria destas são doenças infecciosas passíveis de complicações.

A avaliação destes pacientes concilia o conhecimento teórico (baseado em conceitos anatômicos, etiológicos, fisiológicos, antecedentes familiares e pessoais, histórico gestacional e outros) e a habilidade em realizar o exame físico (baseado em conhecimentos anatômicos, nas técnicas de exame e de contenção da criança e na habilidade em realizar pequenos procedimentos, como remoção de cerúmen).

Adquirir habilidades requer tempo e treinamento. Portanto, propõe-se nos cursos de graduação:

1. Aumentar a carga horária para as especialidades cujas doenças são mais freqüentes na atenção primária como por exemplo, a otorrinolaringologia.
2. A inserção precoce de alunos dos cursos de graduação em estágios na atenção básica.

3. Desenvolver o ensino da disciplina da especialidade na graduação baseada na nosologia prevalente na atenção básica.
4. Dar ênfase ao treinamento teórico-prático desenvolvendo a habilidade do aluno em realizar uma boa otoscopia e a realizar pequenos procedimentos, como a remoção de cerúmen, capacitando-o a identificar os vários tipos de otite.
5. Educação Médica Continuada: pautada não só em cursos de treinamento e atualização, mas também na efetivação do sistema das Guias de Referência e Contra Referência, onde o profissional da atenção secundária pode orientar o médico da atenção básica quanto ao seguimento clínico de seu paciente.
6. Envolvimento das especialidades como monitores na educação médica viabilizando a descentralização e multiplicação dos campos de prática (CAMPOS, 2005).

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). [Vírus Epstein-Barr Infecções pelo]. In: Pickering L.K. - *Red Book*. Report of the commite on infeccious Diseases. ed. 26^a, p.692-94, 2003a.

AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). [Infecções Estreptocócicas do Grupo A]. In: Pickering L.K. - *Red Book*. *Report of the commite on infeccious Diseases*, ed. 26^a, p.419-30, 2003b.

ALHO, O.P., LARA, OJA, H.. Public health impact of various risk factors for acute otitis media in northern Finland. *Am. J. Epidemiol.*, v. 143, n. 11, p. 1149-56, jun., 1996.

ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA (ARIA) – Relatório do Grupo de Trabalho sobre Rinite Alérgica e Seu Impacto na Asma. OMS, 2002.

ARAÚJO, E. Rinossinusites. *Revista Brasileira de Medicina*, v.56, N.5, p.317-339, 1999.

ARRUDA, L. K. F., MIMIÇA, I., SOLÉ, D., et al. - Abnormal maxillary sinus radiographs in children: Do they represent bacterial infection? *Pediatrics*, v. 85, p.553-8, 1990.

AVELINO, M.A.G., VALERA, F.C.P., WECKX, L.L.M.. Tonsillites. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 58, n.1 / 2 , p.13-16, 2002.

BALBANI, A.P.S., MONTOVANI, J.C.. Impact of otitis media on language acquisition in children. *J. Pediatria ,Rio de janeiro*, v.79, n.5, p.665-70, 2003.

BENGUIGUI, Y.. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da IRAS no primeiro nível de atenção. In: Org. Pan-Americana de Saúde (org.): *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, 1998. p. 335-352.

BISNO, A.L., Streptococcus Pyogenes. In: MANDELL,G.L. et al.(ed). *Principles and Practice of Infectious Diseases* – 4.ed. New York: Livingstone,1995. p.1786-91.

BISNO, A. L., GERBER, M. A., GWALTNEY Jr., et al.. Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: A Practice Guideline. *Clinical Infectious Disease*, v.35, p. 113-25, 2002.

BLUSTONE C.D.. Current indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* n.155, p. 58-64,1992.

BLUESTONE, C.D.. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media: implications for prevention and treatment. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* n.42, p.207-23, 1998.

BLUESTONE, C.D., KLEIN, J.. Otitis media in infants and children 2, ed. W.C.Saunders Company Philadelphia, 1995. p. 39-68.

BOUSQUET, J., CAUWENBERGE, P., KHALTAEV, N. . Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; S147-S333.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 196. Tit. VIII, Cap. II, Séc. II Da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/legislacaosus/saudena%20constituicao.htm>. Acessado em: 12 de Novembro de 2005.

BRASIL.Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República, 2005. Mortalidade infantil cai mais de 14% em áreas cobertas pelo Saúde da Família. Ed. nº 330 - Brasília, 08 de julho. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/em_questao/.questao/EQ330. Acesso em: 10 de Julho de 2005.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, 2006. Atenção Básica e a Saúde da Família. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5CpsfevolucaoBrasil.pdf>. Acesso em: 30 de Março de 2006.

BRODSKY, L. . Adenotonsilar disease in children. *In: COTTON, R., MEYER, C.. Practical Pediatric Otolaryngology - New york*,1999. p.15-39.

CAMPOS, G.W.S.. Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde. Documento preliminar. *Ass. Bras. de Educ. Méd. – ABEM*, 2005. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/publicacoes/boletimvirtualvolume2/documentogastao.pdf>. Acesso em: 28 de Dezembro de 2005.

CARVALHO, M. R.M.S.. Faringites. *In: CAMPOS, C.A.H., COSTA, H.O.O., (ed). Tratado de Otorrinolaringologia v.3, São Paulo: Rocca; 2003, p.235- 41.*

CLEMENT, P.A.R., BLUESTONE, C.D., GORDTS, F., et al. .Management of rhinosinusitis in children. *Consensus Meeting*, Brussels, Belgium. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, v.124,p.31-4, 1998.

COELHO, J.R.G.P., VELOSO, C.. Consórcios intermunicipais de saúde e Minas gerais. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, v.17, p. 36-8, 1997.

COOPER, R. J., HOFFMAN, J.R., BARTLET, J.G., et al.. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann. Intern. Méd.*, v.134, p.509-17, 2001.

COSTA, H.. Saúde da Família reduziu mortalidade infantil. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/>. Acesso em: 20 de junho de 2005.

CUTAIT, R., Especialidades já trabalham para a conclusão do projeto. Diretrizes para condutas Médicas. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, Jun. 2000, p.03.

DIAS, L.S.. A prática profissional de pediatras em Minas Gerais: Características determinantes, 1996. 114fls. Dissertação de Mestrado em Pediatria. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

DI FRANCESCO, R., PASSEROTII, G., PAULUCCI, B., MINITI, A.. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* v.70, n.5, p.665-70, 2004.

DISCOLO, M.C., DARROW, D.H., KOLTAL, P.J.. Indicações de Tonsilectomia Decorrentes de Causas Infecciosas. In: SIH, T. et al. *III manual de otorrinolaringologia pediátrica – IAPO.* p. 114-28, 2003.

DONABEDIAN, A.. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev. Fall*; v.37, n.7, p.653-98, 1980.

DORNAS, J.R., FERREIRA, J.M., Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. *Informática pública.* v.5, n.1. p.27-48, 2003.

DOWELL S.F., MARCY S.M., PHILLIPS, W.R., et al.. Otitis media – Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* n.101, p.165-174, 1998.

DUALIBI, A.P.F.F., CARLINI, D., AVELINO, M.G., WECKX, L. L. M. Faringotonsilites – como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina.* v. 61, n.12, p. 06-10, 2004.

EJZENBERG, B., NASCIMENTO, S.L., GILIO, A.E., et al.. Faringoamigdalites episódicas e recorrentes. *Pediatria.* v.20, n.1, p.191-210, 1998.

EJZENBERG, B.. Epidemia de sinusites. *Pediatria.* v.20, n.2, p. 69, 1998.

EJZENBERG, B., SIH, T., HAETINGER, R. – Conduta diagnóstica e terapêutica na sinusite da criança. *Jornal de Pediatria.* v. 75, n.6, p. 419-32, 1999.

EJZENBERG, B.. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. *J. Pediatr.* V.81, n.1, 2005a.

EJZENBERG, B.. Diagnóstico e conduta na tonsilite crônica. *Pediatria.* v.27, n.4, p.267-73, 2005b.

ENGELS, E. A., TERRIN, N. et al. – Meta-analysis of diagnostic test for acute sinusitis. *J. Clin Epidemiol.* v.53: 852-862, 2000.

FIGUEIREDO, C., WECKX, L.L.M.. Otites. *Revista Brasileira de Medicina*, v.57, n.12, p.19 -20, 2000.

FORTES, P.A.C., ZOBOLI, E.L.C.P.. Os princípios de sistema único de saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo Da Saúde – São Paulo*, ano 29, v.29, n.1, 2005.

FORTINI, M.S.. A Prática e a visão do pediatra na abordagem dos problemas otorrinolaringológicos: análise dos determinantes envolvidos nesta relação. 2003. 126 fls. (Dissertação de mestrado em pediatria) - Faculdade de Medicina - Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FRACOLLI, L.A.. O programa de saúde da família como uma estratégia para a inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. *O Mundo Da Saúde*, ano 29 v.29, n.1., p.35-9, 2005.

GALVÃO, C.E.S.. Rinites e Sinusites. *Revista Brasileira de Medicina*, v.60, n.12, p.93-101, 2003.

GANANÇA, F. F., GOMES, L. P. M., TOLEDO, R.N., GUIMARÃES, M. C.. Obstrução nasal. *Revista Brasileira de Medicina*, v.57, p.6-42, 2000.

GIENBINK, G.S., BATALDEN, P.B. et al. A controlled trial comparing three treatments for chronic otitis media with effusion. *Pediatr. Infect. Dis.* v.9, p.33, 1990.

GODINHO, R.N., GONÇALVES, T.M.L., NUNES, F.B., et al.. Prevalence and Impact of Chronic Otitis Media in School age Children in Brazil- First Epidemiologic Study Study Concerning Chronic Otitis Media in Latin América. *I. J. of Pediatric Otorhinolaryngology.*v. 61, p. 223-32, 2001.

GUATIMOSIM, M. H. E. – Doenças do ouvido externo – *Tratado de Otologia.* São Paulo, Edusp, 1998, p. 149–67.

GUNGOR, A., BLUESTONE, C.D..Antibiotic theory in otitis media. *Allergy Asthma Rep.*, v.1, n.4, p. 364-72, 2001.

GWALTNEY Jr., J. M. G.. Pharyngitis. In: MANDELL, G.L., BENNETT, J.E., DOLIN, R. (ed).. *Principles and Practice of Infectious Diseases* – 4.ed.New York, 1995, p. 566-73.

GWALTNEY Jr. , J. M.. Acute community -acquired sinusitis. *Clin. Infect. Dis.* n.23, p.1209 – 25, 1996.

HAETINGER, R.G.. Avaliação por imagem dos seios paranasais na correlação com endoscopia e cirurgia endoscópica endonasal. *Rev. Bras. Otorrinol.* v.64, p. S17-S29, 1998.

HOFFMAN, H.J., et al.. Recent advances in otitis media. Epidemiology, natural history and risk factors. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* v.188, p.19-25, 2002.

IBGE- Contagem da população/ 1996. Organização e Execução: DITPL/SMPL-2000. Disponível em: http://portal1.pbh.gov.br/pbh/pgEDOCUMENT VisualizaConteudo Header.html?query=pp_conteudo.id=1062>. Acesso em: 22 de outubro de 2005.

JUNIOR, H.M.M., CAIAFFA, N.M.D., GARAGLIO, M.T.. *Relatório analítico sobre a questão da otorrinolaringologia no SUS-BH.Secretaria Municipal de Saúde* 2000.

KLEIN, J. O..Otitis externa, otitis média, mastoiditis. In: MANDELL, G.L., BENNETT,J.E., DOLIN, R., (Ed). *Principles and Practice of Infectious Diseases.* 4. ed., New York,1995. p. 579-80.

KLEIN, J.O.. Clinical implications of antibiotic resistance for management of acute otitis media. *J. Lab. Clin. Med.* V.135, n.3, p.220-24, 2000.

LINDBAEK, M., HJORTDAHL, P., JOHNSEN, U. L.. Randomised, double blind, placebo controled trial of penicilin V and amoxicilin in tratament of acute sinus infectious in adults. *Bras. Med. Journ.* n.313, p.325-29,1996.

MAGALÂES JUNIOR, H.M.. Apresentação. In: MERHY, E.E., et.al. O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Saúde em Debate. 2ª edição, São Paulo, Ed. Hucitec, 2004, p.11-14.

MARCHESAN, I. Q. et al.. Tópicos em Fonoaudiologia, São Paulo, v.2, p.147-154,1994.

MELLO JR., J.F., MION, O., Rinite Alérgica. In: CAMPOS, C.A.H., COSTA, H.O.O., (ed). Tratado de Otorrinolaringologia v.3, São Paulo: Rocca; 2002. p. 70 -77.

MELLO JR., J.F. Qualidade de vida e rinite alérgica - CORA - Boletim n.17, 2003.

MERHY, E.E., MAGALHÃES Jr., H.M., FRANCO, T.B. BUENO, W.S.. Programa de saúde da família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Editora Hucitec, São Paulo, 2004. p.55-9.

MOTTA, E.. A Necessidade da Atenção Básica na Formação em Saúde - Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletimvirtual/boletimvirtual.htm>> Acesso: 28 de dezembro de 2005

NAGER, G.T.. Cholesteatoma of the middle ear. In: Nager, G.T, ed. Williams & Wilkins (ed).. *Pathology of ear and the temporal bone*, Baltimore, 1993, p.298-350.

NASPITZ, C. K., SOLÉ, D., AGUIAR, M. C., et al. - GRUPO PROAL. Phadiatop® no diagnóstico de alergia respiratória em crianças: Projeto Alergia (PROAL) *J Pediatr* (Rio J), v. 80, n.3, p.217-22, 2003.

O'HARA, B. S., SAYEWELL, R. M., ZOLLINGER, T.W., et al.. ENT Experience in a Family Medicine Clerkship: Is There Enough?. *Medical Student Education*. v. 32, n.10, p. 691- 95, 2000.

PEREIRA, M.B.R., PEREIRA, M.R., CANTARELLI, V., COSTA, S.. Prevalence of bacteria in children with otitis media with effusion. *J Pediatr*. v.80, n.1, p.41-8, 2004.

PICHICHERO, M. E. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. *Pediatr. Rev.*, v.19, n.9, p. 291-302, 1998.

PIGNATARI, S.S.N., FIGUEIREDO, C. R.. Faringotonsilites na infância. *Pediatria Moderna*. v.39. n.11/12, p. 428-31, 2001.

PIGNATARI, S.S.N., FIGUEIREDO, C. R. Rinossinusite na criança. *Pediatria Moderna*. v. 40, n. 4. p. 146-150, 2004.

QUINONEZ, J. M.. The Continuing Saga of Antimicrobial Resistance. *American Academy of Pediatrics*, National Conference & Exhibition Highlights, 2004. Medscape. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/4953300>> Acesso em 16 de Set. de 2005.

RAMOS Jr., J.. Semiotécnica da Observação Clínica - Síndromes Clínico-Propedêuticas – Introdução. In: RAMOS Jr., j.. *Semiotécnica da Observação Clínica - Síndromes Clínico-Propedêuticas*. Ed. Sarvier, São Paulo, 1976, p.11- 13.

RICAS, J. . A Deficiência e a Necessidade: Um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Teste de doutorado do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 1994.

ROCHA, R.M.N., Resolutividade e referência em dois modelos de assistência à saúde: A comparação entre o programa de saúde da família (PSF) e o modelo tradicional (Centro de Saúde) 2000. (Monografia) - Curso de Especialização de Saúde da Família - UFMG, Paracatu, Minas Gerais, 2000.

ROSENFELD, R.M.. Comprehensive management of otitis media with effusion. *Otolaryngol. Clinics North Am.* n.27, p.443-55, 1994.

ROSENFELD, R.M., VERTREES, J.E., CARR, J.. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty three randomized trials. *J. Pediatr.* n.124, p.355-67, 1994.

SAKAMOTO, E., NAVARRO P.L.. Rinossinusite Aguda. In: CAMPOS, C.A.H., COSTA, H.O.O., (ed). *Tratado de Otorrinolaringologia* v.3, São Paulo: Rocca; 2003. p.26-31.

SAFFER, M., LUBIANCA NETO, J.F.. Diagnóstico otoscópico da otite média aguda com secreção. *J. Ped.* n.68, p.394-97, 1992.

SAFFER, M., LUBIANCA NETO, J.F.. Avaliação do poder diagnóstico dos sintomas e sinais otomicroscópicos na otite média aguda em crianças. *Rev. Bras. ORL*; v.60, p.43-6, 1994.

SAFFER, M., SILVA, D.B., PEDUZZI, F.D., ÁVILA, F.. Otite média crônica secretora: conduta expectante. *J. Pediatr.*, Rio Janeiro, n.76, p.407-12, 2000.

SAFFER, M., PILTCHER, O.B.. Otite Média Secretora. In: CAMPOS, C.A. H , COSTA, H.O.O., (ed).. *Tratado de Otorrinolaringologia*. V. 2. São Paulo: Rocca; 2002. p. 65-71.

SANTANA, C.C. - Infecções respiratórias de vias aéreas superiores. In: *Infecções Respiratórias Agudas na Prática Pediátrica*, Lemos editorial & Gráficos Ltda 2002. p.11-20.

SARMENTO Jr., K.M.A., TOMITA, S., KOS, A.O.A., O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev. Brás. Otorrinolaringologia, v.71, n.3, pág. 256 – 62, Maio/ jun., 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). Diretoria de Atenção Básica / Prog. da Saúde da Família.. Estratégias de Atenção Básica e Prog. de Ag. Com. de Saúde (PACS), 2004. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewControllerjsp?page=43>>. Acesso em 22 de Novembro de 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMS-BH) – Programa BH-Vida. Disponível em: <http://portal.pbh.gov.br/pbh/index>. Acesso em: 31/10/2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMS-BH). BH VIDA Projeto de saúde da família da Prefeitura de Belo Horizonte – documento se circulação interna na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2001b.

SENTURIA, B. H., MARCUS, M.D., LUCENTE, F. E..Anatomy and Histology. In: SENTURIA, B.H., et al.(Ed). *Diseases of the external ear – An otologic-dermatologic manual*. 2. ed. New York, 1980. p.1-17.

SHAPIRO, G.G., Allergic Rhinitis, In: . In: COTTON, R., MEYER, C..*Practical Pediatric Otolaryngology* - New york,1999. p.379 –94.

SHRIBERG, L. D., FLIPSEN, J.R.P., THIELKE, H., et al.. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusion: two retrospective studies. *J. Speech, Language and Hearing Research*. n.43, p.79 - 99, 2000.

SIH T., MOURA R., CALDAS S., SCHWARTZ B.. Prophylaxis for recurrent acute otitis media: a Brazilian study. *Intern. J. Pediatr. Otorh.. n. 25*, p.19-24, 1993.

SIH, T., Complexo otite média. In: SIH, T., (ed). *Otorrinolaringologia pediátrica*, Revinter, Rio de Janeiro, 1998, p.107-17.

SIH T.. Otite Media Recorrente. In: CALDAS N., CALDAS S., SIH T.(Ed) *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Revinter, Rio de Janeiro, 1999a. 53-57.

SIH, T.. The Role of Air Pollution-Induced Allergy in Otitis Media Pathogenesis in Children. In: TOS, M., THOMSEN, J., BALLE, V. (ed). *Otitis Media Today*. The Hague, Kugler. 1999b. p.75-80.

SIH, T., Recurrent Otitis Media. In: SIH, T., et al. (Ed) *II manual of pediatric otorhinolaryngology- IAPO /IFOS*, 1997/2001, p. 234- 42.

SIH, T. Dúvidas mais freqüentes na Otorrinopediatria. Um verdadeiro “passeio” pela especialidade. In: SIH, T., CHINSKI, A., EAVEY, R. (ed).. *III Manual de ORL-PED / IAPO*, 2003. p. 16 – 37.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOTRRINOLARINGOLGIA – (SBORL).I Consenso Brasileiro Sobre Rinossinusites. *Revista Bras. Otorrinolaringol.* v.65, n.3, p.S9:S30, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOTRRINOLARINGOLGIA – (SBORL). I Consenso Brasileiro Sobre Rinites. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.66, n.3, S.10. 2000.

STARFIELD, B.. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, Unesco-Ministério da saúde – governo federal – 2002a, p.19-40.

STARFIELD, B.. Profissionais de atenção primária, subespecialista e outros profissionais não-médicos. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, - Unesco-Ministério da saúde – governo federal – 2002b, p.133-169.

STARFIELD, B.. Sistemas de atenção primária em nações ocidentais industrializadas *Atenção Primária*. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, pág. 565-94-Unesco-Ministério da saúde – governo federal – 2002c.

STRANCHAN, D.P., SIBBALD, B., et al. Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr. Allergy Immunol.* v.8, p. 161-76, 1997.

TEELE, D.W., KLEIN, J.O., ROSNER, B.. The greater Boston otitis media study group. Middle ear disease and the practice of pediatrics. Burden during the first five years of life. *JAMA*. v.249, n.8, p.1026-9, 1983.

TEIXEIRA, M.S., WECKY, L.L.M.. Faringoamigdalites. *Revista Brasileira de Medicina*. v.57, n.03, p. 342-46, 2000.

VELOSO, C.. Notas históricas sobre o programa de saúde da família em Minas Gerais. *Rev. Med. Minas Gerais*, v.14, n. 1, p. 66-73, 2004.

WALD, E. R.; GUERRA, N.; BYERS C.- Upper respiratory tract infections in young children: duration and frequency of complications. *Pediatrics*; v.87, p.120-33,1991.

WALD, E. R. - Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children. In: Jonhson J.T.,... *Infectious Diseases and Antimicrobial Therapy of the Ears, Nose and Throat* 1997, p. 333-4.

WECKY, L. L. M., TEIXEIRA, M. S.. Amigdalites: Aspectos Imunológicos, Microbiológicos e Terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v.73, n. 5/6, p. 94-101, 1997.

WECKX, L.L.M., OURIQUES, D.M., FIGUEIREDO, C.R., et al. Rinossinusite Pediátrica. *Pediatria Moderna*. v. 37, n .1/2, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

ANEXOS

TABELAS

Tabela 8 - Avaliação dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária para a secundária, classificadas por níveis de concordância (presente ou ausente) ou discordância (presente ou ausente) comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Otite média de repetição	Mesmo pediatra	69	56.1%	16	13.0%	34	27.6%	4	3.3%	123	100%
	Vários pediatras	84	70.6%	17	14.3%	14	11.8%	4	3.4%	119	100%
	Médico do PSF	113	68.1%	12	7.2%	34	20.5%	7	4.2%	166	100%
	Total	266	65.2%	45	11.0%	82	20.1%	15	3.7%	408	100%
Otite media crônica	Mesmo pediatra	66	53.7%	3	2.4%	7	5.7%	47	38.2%	123	100%
	Vários pediatras	82	68.9%	10	8.4%	6	5.0%	21	17.6%	119	100%
	Médico do PSF	99	59.6%	17	10.2%	10	6.0%	40	24.1%	166	100%
	Total	247	60.5%	30	7.4%	23	5.6%	108	26.5%	408	100%
Otite media aguda	Mesmo pediatra	120	97.6%			3	2.4%		0.0%	123	100%
	Vários pediatras	114	95.8%			4	3.4%	1	0.8%	119	100%
	Médico do PSF	165	99.4%				0.0%	1	0.6%	166	100%
	Total	399	97.8%			7	1.7%	2	0.5%	408	100%
Otite externa	Mesmo pediatra	115	93.5%			1	0.8%	7	5.7%	123	100%
	Vários pediatras	118	99.2%				0.0%	1	0.8%	119	100%
	Médico do PSF	159	95.8%			1	0.6%	6	3.6%	166	100%
	Total	392	96.1%			2	0.5%	14	3.4%	408	100%
OTITE (TODAS)	Mesmo pediatra	370	75.2%	19	3.9%	45	9.1%	58	11.8%	492	100%
	Vários pediatras	398	83.6%	27	5.7%	24	5.0%	27	5.7%	476	100%
	Médico do PSF	536	80.7%	29	4.4%	45	6.8%	54	8.1%	664	100%
	Total	1304	79.9%	75	4.6%	114	7.0%	139	8.5%	1632	100%

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Sinusite crônica	Mesmo pediatra	118	95.9%		0.0%	2	1.6%	3	2.4%	123	100%
	Vários pediatras	102	85.7%	2	0.8%	1	0.8%	15	12.6%	119	100%
	Médico do PSF	147	88.6%		0.0%	5	3.0%	14	8.4%	166	100%
	Total	367	90.0%	2	0.2%	8	2.0%	32	7.8%	408	100%
Sinusite de repetição	Mesmo pediatra	95	77.2%	10	8.1%	8	6.5%	10	8.1%	123	100%

	Vários pediatras	92	77.3%	7	5.9%	5	4.2%	15	12.6%	119	100%
	Médico do PSF	147	88.6%	5	3.0%	7	4.2%	7	4.2%	166	100%
	Total	334	81.9%	22	5.4%	20	4.9%	32	7.8%	408	100%
Sinusite aguda	Mesmo pediatra	119	96.7%				0.0%	4	3.3%	123	100%
	Vários pediatras	113	95.0%			1	0.8%	5	4.2%	119	100%
	Médico do PSF	164	98.8%			1	0.6%	1	0.6%	166	100%
	Total	396	97.1%			2	0.5%	10	2.5%	408	100%
SINUSITE (TODAS)	Mesmo pediatra	332	90.0%	10	2.7%	10	2.7%	17	4.6%	369	100%
	Vários pediatras	307	86.0%	8	2.2%	7	2.0%	35	9.8%	357	100%
	Médico do PSF	458	92.0%	5	1.0%	13	2.6%	22	4.4%	498	100%
	Total	1097	89.6%	24	1.9%	30	2.5%	74	6.0%	1224	100%

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Rinite alérgica	Mesmo pediatra	90	73.2%	3	2.4%	3	2.4%	27	22.0%	123	100%
	Vários pediatras	69	58.0%	3	2.5%	2	1.7%	45	37.8%	119	100%
	Médico do PSF	109	65.7%	2	1.2%	1	0.6%	54	32.5%	166	100%
RINITE ALERGICA TOTAL	Total	268	65.7%	8	2.0%	6	1.5%	126	30.9%	408	100%

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Hipertrofia A+A	Mesmo pediatra	108	87.8%	3	2.4%	2	1.6%	10	8.1%	123	100%
	Vários pediatras	99	83.2%	3	2.5%	5	4.2%	12	10.1%	119	100%
	Médico do PSF	143	86.1%	4	2.4%	4	2.4%	15	9.0%	166	100%
	Total	350	85.8%	10	2.5%	11	2.7%	37	9.1%	408	100%
Hipertrofia Adenóides	Mesmo pediatra	88	71.5%	8	6.5%	4	3.3%	23	18.7%	123	100%
	Vários pediatras	85	71.4%	8	6.7%	10	8.4%	16	13.4%	119	100%
	Médico do PSF	128	77.1%	4	2.4%	15	9.0%	19	11.4%	166	100%
	Total	301	73.8%	20	4.9%	29	7.1%	58	14.2%	408	100%
Hipertrofia das amígdalas	Mesmo pediatra	119	96.7%		0.0%	3	2.4%	1	0.8%	123	100%
	Vários pediatras	108	90.8%	2	1.7%	7	5.9%	2	1.7%	119	100%
	Médico do PSF	156	94.0%	1	0.6%	6	3.6%	3	1.8%	166	100%
	Total	383	93.9%	3	0.7%	16	3.9%	6	1.5%	408	100%
HIPERTROFIA DE A+A TOTAL	Mesmo pediatra	315	82,3%	11	2,8%	9	2,4%	34	12,4%	369	100%
	Vários pediatras	292	75,8%	13	3,4%	22	5,0%	30	15,8%	357	100%
	Médico do PSF	427	80,7%	9	1,7%	25	3,9%	37	13,7%	498	100%
	Total	1034	79,8%	33	2,5%	56	3,8%	101	13,9%	1224	100%

Tabela 9- Distribuição das otites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária do SUS de Belo Horizonte, referente a 214 crianças que apresentaram algum tipo de otite.

TIPOS DE OTITES AVALIADAS	FREQUÊNCIA N = 214	
	N	%
Otite Media Crônica	138	64,6
Otite Media Recorrente	60	28,0
Otite Externa	14	6,5
Otite Media Aguda	2	0,9
Total de Otites	214	100,0

Tabela 10 - Distribuição das faringoamigdalites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária do SUS de Belo Horizonte, referente a 95 crianças que apresentaram algum tipo de faringoamigdalite.

TIPOS DE FARINGOAMIGDALITES AVALIADAS	FREQUÊNCIA (n = 95)	
	N	%
Faringoamigdalite Recorrente	92	96,8
Faringoamigdalite Crônica	3	3,2
Faringoamigdalite Aguda	0	0
Total de faringoamigdalites	95	100,0

Tabela 11 - Distribuição das rinosinusites avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária do SUS, Belo Horizonte, referente a 97 crianças que apresentaram algum tipo de rinosinusite.

TIPOS DE RINOSSINUSITES AVALIADAS	FREQUÊNCIA N = 97	
	N	%
Rinosinusite Recorrente	54	55,7
Rinosinusite Crônica	33	34,0
Rinosinusite Aguda	10	10,3
Total de Rinosinusite	97	100,0

Tabela 12- Distribuição das doenças não infecciosas avaliadas pelo otorrinolaringologista na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte referente a 279 crianças que apresentaram algum tipo de doença não infecciosa.

TIPOS DE DOENÇAS NÃO INFECCIOSAS AVALIADAS	FREQUÊNCIA N = 279	
	N	%
Rinite Alérgica	144	51,6
Hipertrofia de Adenóide	78	27,9
Hipertrofia de Amígdala e Adenóide	47	16,9
Hipertrofia de Amígdala	10	3,6
Total de doenças não infecciosas	279	100

Tabela 13 - Análise comparativa dos diagnósticos de rinite alérgica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas na SMS de Belo Horizonte no período de março de 2004 à maio de 2005

RINITE ALERGICA			
GRUPOS	CONCORDANTE PRESENTE	CONCORDANTE AUSENTE	TOTAL
Pediatra	6	159	165
PSF	2	109	111
TOTAL	8	268	276

Valor de p: 0,31

Tabela 14 - Análise comparativa dos diagnósticos de otite média crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas na SMS de Belo Horizonte no período de março de 2004 à maio de 2005

RINITE ALERGICA			
GRUPOS	CONCORDANTE PRESENTE	CONCORDANTE AUSENTE	TOTAL
Pediatra	46	301	347
PSF	29	212	241
TOTAL	75	513	588

Valor de p: 0,75

Tabela 15 - Análise comparativa dos diagnósticos de faringoamigdalite crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas na SMS de Belo Horizonte no período de março de 2004 à maio de 2005

<i>RINITE ALERGICA</i>			
GRUPOS	CONCORDANTE PRESENTE	CONCORDANTE AUSENTE	TOTAL
Pediatra	25	418	443
PSF	21	276	297
TOTAL	46	694	740

Valor de p: 0,53

Tabela 16- Análise comparativa dos diagnósticos de rinosinusite crônica definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas na SMS de Belo Horizonte no período de março de 2004 à maio de 2005

<i>RINITE ALERGICA</i>			
GRUPOS	CONCORDANTE PRESENTE	CONCORDANTE AUSENTE	TOTAL
Pediatra	18	407	425
PSF	5	294	299
TOTAL	23	701	724

Valor de p: 0,09

Tabela 17 - Análise comparativa dos diagnósticos de hipertrofia da amígdala e adenóide definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas na SMS de Belo Horizonte no período de março de 2004 à maio de 2005

<i>RINITE ALERGICA</i>			
GRUPOS	CONCORDANTE PRESENTE	CONCORDANTE AUSENTE	TOTAL
Pediatra	24	583	607
PSF	9	437	446
TOTAL	33	1020	1053

Valor de p: 0,12

ANEXO I

GUIA DE REFERÊNCIA

01. DADOS DA UNIDADE

NOME DA UNIDADE SOLICITANTE _____
NOME DA CLÍNICA SOLICITANTE _____

02. DADOS DO PACIENTE

NOME _____

IDADE _____ SEXO: () MASC. () FEM

Nº DO PRONTUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA _____

03. REFERÊNCIA

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO (INCLUI OS DADOS DE ANAMNESE, EXAME FÍSICO, EXAMES SOLICITADOS E DIAGNÓSTICO)

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) _____

DATA _____ HORÁRIO _____

05. ENCAMINHAMENTO PARA O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

NÚMERO DA CONSULTA _____

NOME DO MÉDICO _____

DATA _____

HORÁRIO _____

CONSULTA MARCADA PELA UNIDADE _____

DATA _____

ANEXO II

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

- Data da consulta _____ Número do prontuário: _____
- Nome: _____
- Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____
- Endereço: _____ Cidade _____
- Data do encaminhamento: _____
- Acompanhante: _____

DADOS DO ENCAMINHAMENTO

- HISTÓRIA DE INFEÇÃO S () N ()
- HISTÓRIA DE OBSTRUÇÃO NASAL S () N ()
- HISTÓRIA DE RESPIRAÇÃO ORAL S () N ()
- HISTÓRIA DE ATOPIA S () N ()
- OUTROS _____

- DIAGNÓSTICO FINAL DO PEDIATRA

ANAMNESE

- Queixa Principal: _____
- Data do início dos sintomas: _____

Assinalar:

(s) SIM
(n) NÃO

IVAS de Repetição (); Respiração Bucal (); Obstrução nasal ();
Prurido Nasal (); Roncos (); Rinorréia ()

Cefaléia ()

Prurido nos ouvidos (); Otorréia (); Otites de repetição ()

Hipoacusia (); Otalgia ()

Pigarro () Odinofagia () Halitose ()

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

- Criança avaliada sempre pelo mesmo pediatra? S() N () PSF ? S () N ()
 - Foi prescrito antibiótico para a moléstia que motivou o encaminhamento? S() N ()
 - Qual (s) o(s) antibiótico(s) e o tempo de uso do(s) mesmo(s) no(s) tratamento(s) anterior (es)?
-

- Usou antialérgico? Spray nasal? Corticóide oral? Tópico de ouvido? S() N (). Quais?__
-

- Resolveu? S() N () Temporariamente ()

- Já foi avaliado por especialista (ORL) anteriormente S () N ()
- Foi prescrito antibiótico ? S() ; N () . Qual e Por quanto tempo? _____
- Resolveu? S() N () Temporariamente ()
- Qual o diagnóstico dado pelo pediatra? _____

Anamnese para crianças até 5 anos

FATORES DE RISCO RELACIONADOS ÀS INFECÇÕES

Peso ao nascimento _____

Leite materno S () até _____ () N

Fica com: () parentes; mãe (); babá () outros ()

Creche / escolinha/ outros: S() N(); **Natação** S() N(); **Tabagismo:** () Pai; () Mãe()

Avós () Outros () _____

Doença crônica S() N(); _____ **Imunodeficiência** S() N();

EXAME FÍSICO

OTOSCOPIA

- **Condutores auditivos** : Secreção S(); N() Cerume S(); N() Descamação S(); N()
- **Membranas timpânicas** : Normal S(); N(); Perfuração S(); N(); Opacificação S(); N()
Hiperemia S(); N(); Espessamento S(); N(); Retração S(); N()

RINOSCOPIA ANTERIOR:

- **Cornetos** Eutróficos (); Hipertróficos (); Atroficos (); Hiperemiados (); Pálidos ()
- **Secreção**: Ausente (); Hialina (); Mucóide (); Hemorrágica ()
- **Desvio do septo nasal** S (); N ()

OROSCOPIA :

- **Arcada Dentária**: Normal () Atrésica ()
- **Mordida**: Normal () Aberta () Cruzada ()
- **Amígdalas**: Grau I () Grau II () Grau III () Grau IV(); **Hiperemia**: S(); N () Placas S(); N()
- **Secreção pós-nasal**: S(); N()

EXAMES COMPLEMENTARES

- RX de Cavum: Normal (); Hipertrofia obstrutiva das Adenóides ()
- RX de SAF: Normal (); Alterado () _____
- Fibronaso: Normal (); Alterado () _____
- Audiometria tonal: Normal (); Alterada () _____
- Impedanciometria: Normal (); Alterada () _____
- Exames laboratoriais _____

- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ORL _____
- CONFIRMA O DIAGNÓSTICO DO PEDIATRA? S (), N ()
- TRATAMENTO ORL- INDICADA CIRURGIA? S () N ()
- ENCAMINHAMENTOS? S () N () , se sim,
Quais? _____

ANEXO III

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP – UFMG

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: *“Infecções de vias aéreas superiores: acuidade diagnóstica e resolutividade no atendimento primário da saúde”*

Informe de estudo científico

As infecções de ouvido, nariz e garganta são muito comuns. O menor que está sendo avaliado foi atendido pelo médico da atenção primária e ele o encaminhou para ser avaliado pelo especialista por achar que seu problema necessita de uma avaliação mais específica.

Precisamos saber se foi ou não difícil para a criança chegar até a avaliação com o especialista, quanto tempo demorou, qual remédio você já tomou, se resolveu o problema e, se não resolveu, onde devemos atuar para tomar o Serviço Público de Saúde melhor.

A rotina do atendimento em nada vai ser modificada. Ele terá acesso aos mesmos médicos e tratamentos propostos. O que vai ser diferente é que vamos arquivar a sua consulta no computador com dados sobre a sua doença, o tratamento dado, se houve ou não melhora e suas reclamações, se houver. Os dados são sigilosos sendo posteriormente analisados e discutidos, focalizando os problemas e propondo soluções. As conclusões serão usadas somente e exclusivamente para fins científicos.

Pesquisador responsável pela orientação dos participantes sobre o estudo:

Dra. Ângela Francisca Marques Guerra
Rua Domingos Vieira 587/708 – CEP 30150240
Telefone/FAX: 32413233
e-mail: angelafmg@yahoo.com.br

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
UFMG

ARTIGO CIENTÍFICO

**ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE PARA A
ORL PEDIÁTRICA EM BELO HORIZONTE**

**ANALYSIS OF THE REFERENCE'S GUIDES FROM THE HEALTH BASIC
CARE TO THE PEDIATRIC ENT IN BELO HORIZONTE CITY**

Angela Francisca Marques Guerra, médica, Mestre em medicina médica pela Faculdade de Medicina da UFMG^{1,3}

Andrea Moreira Veiga de Souza, médica¹

Tânia Mara Assis Lima, médica, Professora Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia e Oftalmologia da Faculdade de Medicina da UFMG²

Denise Utsch Gonçalves, médica, Professora Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia e Oftalmologia da Faculdade de Medicina da UFMG^{2,3}

Instituições envolvidas:

1. Unidade de Referência Secundária da Prefeitura de Belo Horizonte ¹.
2. Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais ².
3. Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde: infectologia e medicina tropical da UFMG

Dissertação de Mestrado do curso de pós-graduação em Ciências da Saúde: infectologia e medicina tropical da Faculdade de Medicina da UFMG defendida em 06 de Abril de 2006. Orientadora: Professora Dra. Denise Utsch Gonçalves

Endereço para correspondência

Angela Francisca Marques Guerra

Rua Domingos Vieira 587/708 Santa Efigênia - Belo Horizonte / Minas Gerais

CEP- 3015240 angelafmg@yahoo.com.br

Encaminhamentos da rede básica / ORL Ped

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade em otorrinolaringologia pediátrica no cuidado básico.

Método: Doenças otorrinolaringológicas são freqüentes na atenção primária e as infecciosas representam problema de saúde pública. Para cada paciente em estudo comparou-se o diagnóstico das doenças otorrinolaringológicas mais comuns avaliadas na atenção primária em relação ao diagnóstico referência estabelecido na atenção secundária. Consideraram-se: otite crônica, faringoamigdalite crônica, rinossinusite crônica, rinite alérgica e hipertrofia de amígdala e adenóide. Excluíram-se as doenças agudas pela baixa freqüência ambulatorial na atenção secundária. Considerou-se também: tempo de espera pela consulta, especialidade e acompanhamento profissional (por um ou por vários) na atenção primária. Avaliou-se concordância geral e por especialidade entre o diagnóstico dos profissionais envolvidos. Participaram do estudo 408 crianças atendidas em Unidade de referência secundária no município de Belo Horizonte.

Resultados: Tempo médio de espera pela consulta otorrinolaringológica foi de 3,77 meses. Os diagnósticos mais freqüentes foram: otite média crônica (48,5%), hipertrofia de amígdala e adenóide (33%), rinite alérgica (32,8%), faringoamigdalite (23,3%), rinossinusite (21,3%), sendo realizados 1,6 diagnóstico por criança. A concordância diagnóstica por patologia foi: Faringoamigdalite 63,0%; Rinite Alérgica 57,1%, Rinossinusite 44,2%; Otite

Media 41,6%, Hipertrofia de Amígdala e adenóide 37,1%. Em relação ao profissional da atenção primária: médico de família ou pediatra, não houve diferença estatística entre a concordância com a atenção secundária.

Conclusões: Ressalta-se a importância da capacitação médica dentro das especialidades para atuar na atenção primária. A nosologia prevalente na atenção primária referente às especialidades deve ser conhecida.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness in pediatric otorrinolaringologia in the basic care

Methods: Otorhinolaryngological diseases are frequent in the primary attention and the infectious ones represent public health problem. For each patient in study the diagnosis of the more common otorhinolaryngological diseases appraised in the primary attention was compared in relation to the diagnosis reference established in the secondary attention. The following ailments were considered: chronic otitis, chronic tonsillitis, chronic sinusitis, allergic rhinitis, tonsillar hypertrophy and adenoidal hypertrophy. The acute diseases were excluded by the low frequency ambulatorial in the secondary attention. IT was considered too: time of wait for the consultation, specialty and professional attendance (for an or several) in the primary attention. It was evaluated the general concordance and for specialty among the involved professionals' diagnosis. In this study were evaluated 408 children assisted in the Unit of secondary reference of the municipal district of Belo Horizonte

Results: The average wait time for an otorhinolaryngological consultation was 3.77 months (SD = 4.69). The most frequent diagnoses among the diseases considered in this study were, chronic otitis media (48,5%), adenoidal and tonsillar hypertrophy (33,0%), allergic rhinitis (32,8%); chronic tonsillitis (23,3%), sinusitis (21,3%), with an average of 1.6 diagnoses per child. The concordance diagnostic for pathology was: chronic tonsillitis 63,0%, allergic rhinitis 57,1%; chronic otitis

media 41,6%, sinusitis 44,2%, adenoidal and tonsillar hypertrophy 37,1%. In relation to the professional of the primary attention: family's doctor or pediatrician, there was not statistics differences among the concordance with the secondary attention.

Conclusions:The importance of the medical training is emphasized inside of the specialties to act in the primary attention. The nosologic prevalence in the primary attention regarding the specialties must be known

Palavras - chave: Otorrinolaringologia, atenção primária; concordância efetividade; capacitação médica.

Key words: otolaryngology; primary care; concordance; effectiveness; medical capacitation.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), surgiu no Brasil em 1991 a partir de uma proposta do Ministério da Saúde de reformular o modelo vigente de atenção à saúde através de uma estrutura hierarquizada em níveis de atenção ²⁴.

Enfatizando a atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF) propôs estender as ações de atenção primária visando aumentar a resolubilidade dos problemas de saúde no atendimento primário em 80%, racionalizando e democratizando o acesso aos recursos terapêuticos e tecnológicos mais caros ^{6,24}.

Os profissionais deste nível de atenção contam com o apoio dos profissionais da atenção secundária composto por médicos especialistas nas diversas áreas que atendem nas chamadas unidades de referência secundária (URS). São encaminhados para estas unidades aqueles casos que não podem ser resolvidos na atenção primária.

O processo de implantação da medicina de família no Brasil tem acontecido com algumas dificuldades. A mais importante parece ser a sobrecarga de encaminhamentos para os serviços médicos especializados na atenção secundária ⁵.

Os profissionais da atenção secundária, através do sistema de referência/contrareferência, sustentam o apoio no tratamento do indivíduo. Casos específicos são

referenciados para os procedimentos de alta complexidade. Este modelo hierarquizado de saúde tem se mostrado eficiente e resolutivo em países com programa de medicina de família já consolidado ²³. Atualmente, um dos desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar o paciente para ser avaliado por especialista na atenção secundária ou terciária ²².

O fato pode ser atribuído às dificuldades na resolutividade na atenção básica, somados ao escasso número de profissionais especialistas na atenção secundária, à escassez de recursos para a saúde, e aos investimentos insuficientes em material humano e tecnológico ¹⁷. Outro aspecto mencionado por SARMENTO Jr.¹⁷ (2005) a se ponderar é a dificuldade enfrentada pelo especialista que se vê inserido em um sistema de saúde que prioriza a atenção primária, investindo recursos insuficientes na atenção secundária, seja do ponto de vista de infra-estrutura, seja do ponto de vista de valorização profissional.

Em relação a enfermidades prevalentes na atenção primária, as infecções otorrinolaringológicas são muito freqüentes e representam problema de saúde pública ¹⁶. Estima-se que cerca de 25% dos casos atendidos na atenção primária envolvem doenças dos ouvidos, nariz e garganta ^{3,13}. Dentre estas, as mais comumente avaliadas são as de etiologia infecciosa ou alérgica que acometem mais freqüentemente a população pediátrica ¹⁶. Na maioria das vezes, essas infecções são de etiologia viral e curso benigno. No entanto, podem complicar-se com otites, rinosinusites, e faringoamigdalites. ¹⁶.

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e um dos principais centros urbanos do país. É a quarta cidade em população, com 2.238.526 habitantes, sendo 178 346 de crianças entre 0 e 4 anos, 175 127 entre 5 e 9 anos e 411 970 entre 10 e 19 anos ¹¹. Na rede pública de saúde de Belo Horizonte, a especialidade otorrinolaringologia é hoje considerada uma área com grandes problemas assistenciais, apresentando grande demanda reprimida ¹². Conhecer as deficiências do sistema permitirá a proposição de soluções mais efetivas.

Esse estudo objetivou descrever a nosologia prevalente em ambulatório de otorrinolaringologia pediátrica e avaliar a concordância do diagnóstico definido na atenção secundária em relação ao diagnóstico dado na atenção primária para o mesmo paciente avaliado nos dois níveis de atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico para avaliar concordância.

A rede pública de saúde de Belo Horizonte é considerada centro de referência médica no estado de Minas Gerais e disponibiliza para atendimento em otorrinolaringologia médicos especialistas que realizam os atendimentos em quatro Unidades de Referência Secundária (URS) denominadas: Sagrada Família, Padre Eustáquio (referência em atendimentos à população adulta), e Saudade (referência em pediatria)¹⁸.

A URS Saudade 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.

Os diagnósticos avaliados nesse estudo foram os das enfermidades de ouvido, nariz e garganta de pacientes encaminhados da atenção primária para a atenção secundária. Na atenção primária, definiu-se que o diagnóstico seria estabelecido a partir da descrição da doença na guia de encaminhamento para a atenção secundária. O diagnóstico foi definido na atenção secundária a partir do exame otorrinolaringológico realizado pelo especialista, que utilizou apenas instrumentos disponíveis na atenção primária para o exame físico, a saber: abaixador de língua, otoscopia e iluminação por foco de luz dirigida.

Foram estudados os casos de pacientes com 0 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 encaminhados para avaliação otorrinolaringológica no centro de referência em atenção secundária em otorrinolaringologia pediátrica do SUS, Belo Horizonte. A população escolhida restringiu-se à pediátrica, por ser essa a faixa etária em que se concentra a maioria das enfermidades otorrinolaringológicas^{13,16}.

Os critérios de exclusão utilizados foram: guia de encaminhamento sem definição do diagnóstico, letra ilegível ou necessidade de exames complementares mais sofisticados do que uma radiografia simples de seios da face para definição do

diagnóstico.

Considerando que o otorrinolaringologista estaria melhor capacitado para avaliar doenças otorrinolaringológicas, considerou-se a concordância e a discordância quanto à presença ou a ausência das doenças, comparando-se os dois níveis de atenção. Na atenção primária, incluíram-se os pacientes que haviam sido encaminhados para a atenção secundária por médico de família ou por pediatra.

As variáveis consideradas na análise foram: tempo de espera pela consulta na atenção secundária, 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, e se o paciente havia sido acompanhado na atenção primária por um mesmo médico de família ou pediatra.

Compararam-se, ainda, os diagnósticos da atenção primária que haviam sido concordantes com a atenção secundária em relação ao médico responsável pelo paciente na atenção primária, a saber: pediatra ou médico de família, considerando-se a hipótese nula de que a habilidade do médico pediatra em avaliar crianças com infecções otorrinolaringológicas é a mesma do médico de família.

Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 096/04.

RESULTADOS

Durante o período de março de 2004 a maio de 2005 foram avaliados 1500 pacientes na atenção secundária encaminhados pela atenção primária com queixas otorrinolaringológicas. Destes encaminhamentos, 408 (27,2%) guias estavam dentro dos critérios de inclusão para esse estudo. Dos 1092 (72,8%) excluídos, o diagnóstico não havia sido descrito em 975 (65,0%) guias de encaminhamento e a letra era ilegível em 117 (7,8%).

Em relação ao profissional que havia encaminhado para a atenção secundária, 242 (59,3%) pacientes tinham sido encaminhados por médicos pediatras e 166 (40,7%) por médicos de família.

O tempo médio de espera por uma primeira consulta com o especialista na atenção secundária foi de 3,77 meses (mediana=2, 20, DP = 4,69), variando de 3 dias a 35 meses.

A idade média da população estudada foi de 5,3 anos (DP: 3,1), 214 meninos (52,5%) e 194 (47,5%) meninas.

Em relação a ser ou não acompanhado por mesmo médico na atenção primária, enquanto estavam naquele nível de atenção, 124 (30,4%) pacientes foram acompanhadas por um mesmo médico.

A Tabela 1 descreve as freqüências gerais dos diagnósticos concordantes e discordantes nos dois níveis de atenção em relação aos profissionais que avaliam os pacientes.

A freqüência específica dos diagnósticos dos pacientes encaminhados da atenção primária e os diagnósticos estabelecidos pelos otorrinolaringologistas na atenção secundária está sumarizada na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta a concordância da atenção primária em relação à secundária em relação à presença de doença, o motivo do encaminhamento.

A Tabela 4 apresenta a comparação entre os diagnósticos definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária.

DISCUSSÃO

O modelo brasileiro de atenção à saúde foi desenvolvido para abordar a promoção, a prevenção de agravos e a recuperação da saúde ²⁴. Nesta proposta, pretendia-se maior resolubilidade, efetividade e menor custo ⁶.

A atenção secundária estaria voltada para a resolução dos casos de maior complexidade que não puderam ser resolvidos na atenção primária ²².

Ações no sentido de incrementar a capacitação do médico da atenção primária

para a recuperação da saúde são fundamentais para que o Programa de Saúde da Família se consolide como um sistema eficiente do ponto de vista de saúde pública ⁶.

Na análise dos dados do presente estudo, observou-se grande variabilidade no tempo de espera por uma consulta com o especialista, sendo o tempo médio de 3,7 meses. Esse intervalo pode agravar as enfermidades de curso crônico, aumentando o custo com o tratamento.

Em relação às doenças otorrinolaringológicas, as relacionadas à queixa de obstrução nasal crônica, que são a rinite alérgica, rinosinusite e hipertrofia de amígdala e adenóide, predominaram como motivo de encaminhamento (Tabela 1). Isso vem demonstrar que a queixa de obstrução nasal crônica na infância é freqüente na atenção primária. Enquanto a rinite alérgica e a rinosinusite na infância são doenças de tratamento eminentemente clínico, a hipertrofia de adenóide tem abordagem cirúrgica ²¹. O diagnóstico diferencial entre essas duas causas de obstrução nasal pode ser feito a partir de critérios clínicos e radiografia simples ²¹. Apenas os casos de hipertrofia de amígdala e adenóide deveriam ser encaminhados para a atenção secundária, o que aumentaria a eficiência do sistema hierarquizado de saúde. Pela visão do médico da atenção primária, a causa mais freqüente de obstrução nasal é a rinosinusite, enquanto que pela visão do especialista a rinite alérgica é a causa mais freqüente de obstrução nasal. As doenças alérgicas podem e devem ser conduzidas na atenção primária. Faz

parte desse grupo a asma. Pela freqüência de rinite alérgica observada na atenção secundária, que, de fato, não precisaria ter sido encaminhada para esse nível de atenção, justifica-se medidas de saúde pública para acrescentar ao programa de controle da asma, o controle e tratamento da rinite alérgica^{1,4}. Visto que essas duas enfermidades se associam do ponto de vista fisiopatológico^{1,4}, a ampliação do programa poderia reduzir o custo público final com doenças respiratórias.

Do ponto de vista de capacitação da atenção primária para o diagnóstico correto nos casos de obstrução nasal, a anamnese detalhada e o exame da região anterior do nariz com iluminação dirigida permitem esclarecer o diagnóstico na maioria dos casos. A obstrução nasal crônica na infância é desastrosa: causa distúrbios de sono, de atenção, de desenvolvimento cognitivo, ortognático e físico⁷. Enfatizando, enquanto o controle da rinite alérgica poderia ser melhor abordado nos programas de controle da asma na infância do Ministério da Saúde, a hipertrofia de adenóide seria de responsabilidade da atenção secundária.

O diagnóstico das otites merece destaque por ter sido a doença que apresentou o maior índice de discordância nos dois níveis de atenção. A interpretação das otites está relacionada à habilidade do profissional em realizar uma otoscopia adequada^{14, 15, 19,20}. Na verdade, os casos agudos são de fácil diagnóstico e não são encaminhados para a atenção secundária. Os casos de efusão crônica no ouvido médio, freqüentes na infância, são motivo de preocupação em se tratando

de otites, pela ausência de dor e otoscopia com alterações discretas, embora cause perda auditiva leve bilateral ^{2, 10, 14, 15,19}. Para o diagnóstico, o acompanhamento do paciente por um mesmo profissional é fundamental pela necessidade das otoscopias seriadas ^{14,15}. No presente estudo, apenas 30% das crianças foram acompanhadas por um mesmo profissional na atenção primária. A otite média crônica é doença freqüente na população pediátrica, com manifestações clínicas muitas vezes silenciosas, e com conseqüências sócio-econômicas importantes ^{2, 10, 11, 12,13}. Logo, os cursos de graduação deveriam estar capacitando melhor seus alunos nas habilidades necessárias para conduzir estes casos através de uma boa otoscopia, assim como educação continuada na residência e na assistência. Importante ressaltar que a otite com efusão que porventura tenha passado despercebida na atenção primária pode ser o motivo do mau desempenho escolar, falta de atenção ou irritabilidade da criança. O tratamento inclui cirurgia de pequena complexidade, com retorno da audição aos limiares normais ^{9, 14, 15,20}.

Quanto à capacitação profissional, de acordo com a Tabela 4, tanto o pediatra como o médico de família apresentaram habilidades semelhantes para o diagnóstico correto das doenças avaliadas. Isto vem sugerir que a abordagem do médico de família para atendimento em otorrinolaringologia pediátrica tem sido semelhante a do pediatra.

Estudo recente que avaliou a habilidade e a vivência do pediatra em otorrinolaringologia no curso de graduação em medicina, observou alto índice de pediatras que se mostraram insatisfeitos em relação aos conhecimentos teórico-práticos adquiridos no curso de graduação acerca da especialidade ⁸.

Estudo recente nos Estados Unidos demonstrou a insatisfação de estudantes de medicina em relação ao tempo de permanência no departamento de otorrinolaringologia durante o curso de graduação ¹³. Isso deixa claro que a experiência através de diretrizes, ou de participação em conferências não é suficiente para desenvolver a habilidade dos alunos na realização de exames e procedimentos nesta especialidade.

O ministério da saúde, em documento recente, reconhece que o papel da rede básica de saúde na formação médica, ressaltando que os “problemas que o SUS deve resolver são problemas também para as escolas médicas, que devem formar médicos com competência e habilidade para o exercício dessa função e efetivação da atenção básica” ⁶.

A demanda reprimida em otorrinolaringologia, com longas filas de espera pelas consultas e por cirurgias, foram abordadas recentemente ^{12,17}. Eles apontam para as dificuldades que os serviços públicos têm enfrentado para resolver o problema do atendimento secundário na especialidade.

Adquirir habilidades requer tempo e treinamento. Portanto, propõe-se nos cursos de graduação: a) aumentar a carga horária para as especialidades cujas doenças são mais freqüentes na atenção primária como, por exemplo, a otorrinolaringologia, dermatologia e neurologia; b) a inserção precoce de alunos dos cursos de graduação em estágios na atenção básica; c) desenvolver o ensino da disciplina da especialidade na graduação baseada na nosologia prevalente da atenção básica; d) ênfase ao treinamento teórico-prático, desenvolvendo habilidades necessárias ao aluno; e) propor educação médica continuada: pautada não só em cursos de treinamento e atualização, mas também na efetivação do sistema das guias de referência / contra referência onde o profissional da atenção secundária pode orientar o médico da atenção básica quanto ao seguimento clínico de seu paciente.

Essas proposições enquadram-se nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, o que vem demonstrar sua real importância para a formação de um profissional resolutivo e comprometido com a saúde da população.

BIBLIOGRAFIA

1. Allergic Rhinitis And Its Impact on Asthma (ARIA) – Relatório do Grupo de Trabalho sobre Rinite Alérgica e Seu Impacto na Asma. OMS, 2002.
2. Balbani APS, Montovani JC. Impact of otitis media on language acquisition in children. *J. Pediatria*, Rio de Janeiro, 2003; 79 (5): 665-670.
3. Benguigui Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da IRAS no primeiro nível de atenção. In: Org. Pan-Americana de Saúde (org.): *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, 1998; p: 335-352.
4. Bousquet J, Cawenberge P, Khaltaev N. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; S147-S333.
5. Campos, GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública* 1997, 13 (1): 141-144.
6. Campos GWS. Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde. Documento preliminar. *Ass. Bras. de Educ. Méd. – ABEM*, 2005. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/publicacoes/boletimvirtual/volume2/documentogastao.pdf>. Acessado em: 28 de Dezembro de 2005.
7. Di Francesco R, Passerotti G, Paulucci B, Miniti A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev. Bras. Otorrinol.* 2004; 70 (5): 665-70.

8. Fortini MS. A Prática e a visão do pediatra na abordagem dos problemas otorrinolaringológicos: análise dos determinantes envolvidos nesta relação. 2003. 126 fls. (Dissertação de mestrado em pediatria) - Faculdade de Medicina - Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
9. Gienbink GS, Batalden PB *et al.* A controlled trial comparing three treatments for chronic otitis media with effusion. *Pediatr. Infect. Dis.* 1990 (9): 33.
10. Godinho RN, Gonçalves TML, Nunes FB, 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. *I. J. of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2001; 61: 223-32.
11. IBGE - Contagem da população/ 1996. Organização e Execução: DITPL/SMPL-2000. Disponível em: http://portal1.pbh.gov.br/pbh/pgedocumentVisualizaConteudoheader.html?query=pp_conteudo.id=1062>. Acessado em: 22 de outubro de 2005.
12. Junior HMM, Caiaffa NMD, Gariglio MT. *Relatório analítico sobre a questão da otorrinolaringologia no SUS-BH. Secretaria Municipal de Saúde* de Belo Horizonte, 2000.
13. 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- 95.
14. Saffer, M, Lubianca Neto, JF.. Diagnóstico otoscópico da otite média aguda com secreção. *J. Ped.* n.68, p.394-97, 1992.
15. Saffer, M, Lubianca Neto, JF.. Avaliação do poder diagnóstico dos sintomas e sinais otomicroscópicos na otite média aguda em crianças. *Rev. Bras. ORL;* v.60, p.43-6, 1994.

16. Santana CC. Infecções respiratórias de vias aéreas superiores. In: *Infecções Respiratórias Agudas na Prática Pediátrica*, Lemos editorial & Gráficos Ltda, 2002; p:11-20.
17. Sarmiento Jr. KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Brás. Otorrinolaringologia*, 2005; 71 (3): 256 – 262.
18. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH) – 2001. O Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte. Disponível em: <http://portal.pbh.gov.br/pbh/index>. Acessado em: 31/10/2005.
19. Shiriberg LD, Flipsen JRP, Thielke H, et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusion: two retrospective studies. *J. Speech, Language and Hearing Research*. 2000 (43): 79-99.
20. Sih T, Complexo otite média. In: Sih T, (ed). *Otorrinolaringologia pediátrica*, Revinter, Rio de Janeiro, 1998, p.107-17.
21. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia – (SBORL). I Consenso Brasileiro Sobre Rinites. *Rev. Brasi. de Otorinol.* 2000; 66 (3 Supl 10): 4 – 29.
22. Starfield B, Profissionais de atenção primária, subespecialista e outros profissionais não-médicos. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia, pág. 133-169- Unesco-Ministério da saúde – governo federal – 2002.
23. Starfield B. Sistemas de atenção primária em nações ocidentais industrializadas Atenção Primária. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, pág. 565-94-Unesco - Ministério da saúde – governo federal – 2002.

24. Veloso C. Notas históricas sobre o programa de saúde da família em Minas Gerais. *Rev. Med. Minas Gerais* 2004; 14 (1): 66-73.

Tabela 1 - Avaliação dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária para a secundária, classificados por níveis de concordância (presente ou ausente) ou discordância (presente ou ausente) comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Otite média de repetição	Mesmo pediatra	69	56.1%	16	13.0%	34	27.6%	4	3.3%	123	100%
	Vários pediatras	84	70.6%	17	14.3%	14	11.8%	4	3.4%	119	100%
	Médico do PSF	113	68.1%	12	7.2%	34	20.5%	7	4.2%	166	100%
	Total	266	65.2%	45	11.0%	82	20.1%	15	3.7%	408	100%
Otite media crônica	Mesmo pediatra	66	53.7%	3	2.4%	7	5.7%	47	38.2%	123	100%
	Vários pediatras	82	68.9%	10	8.4%	6	5.0%	21	17.6%	119	100%
	Médico do PSF	99	59.6%	17	10.2%	10	6.0%	40	24.1%	166	100%
	Total	247	60.5%	30	7.4%	23	5.6%	108	26.5%	408	100%
Otite media aguda	Mesmo pediatra	120	97.6%			3	2.4%		0.0%	123	100%
	Vários pediatras	114	95.8%			4	3.4%	1	0.8%	119	100%
	Médico do PSF	165	99.4%				0.0%	1	0.6%	166	100%
	Total	399	97.8%			7	1.7%	2	0.5%	408	100%
Otite externa	Mesmo pediatra	115	93.5%			1	0.8%	7	5.7%	123	100%
	Vários pediatras	118	99.2%				0.0%	1	0.8%	119	100%
	Médico do PSF	159	95.8%			1	0.6%	6	3.6%	166	100%
	Total	392	96.1%			2	0.5%	14	3.4%	408	100%
OTITE (TOTAL)	Mesmo pediatra	370	75.2%	19	3.9%	45	9.1%	58	11.8%	492	100%
	Vários pediatras	398	83.6%	27	5.7%	24	5.0%	27	5.7%	476	100%
	Médico do PSF	536	80.7%	29	4.4%	45	6.8%	54	8.1%	664	100%
	Total	1304	79.9%	75	4.6%	114	7.0%	139	8.5%	1632	100%

	V69V70	Concordante Ausente		Concordante Presente		Discordante Não Doente		Discordante Doente		Total	
Sinusite crônica	Mesmo pediatra	118	95.9%		0.0%	2	1.6%	3	2.4%	123	100%
	Vários pediatras	102	85.7%	2	0.8%	1	0.8%	15	12.6%	119	100%
	Médico do PSF	147	88.6%		0.0%	5	3.0%	14	8.4%	166	100%
	Total	367	90.0%	2	0.2%	8	2.0%	32	7.8%	408	100%
Sinusite de repetição	Mesmo pediatra	95	77.2%	10	8.1%	8	6.5%	10	8.1%	123	100%
	Vários pediatras	92	77.3%	7	5.9%	5	4.2%	15	12.6%	119	100%
	Médico do PSF	147	88.6%	5	3.0%	7	4.2%	7	4.2%	166	100%
	Total	334	81.9%	22	5.4%	20	4.9%	32	7.8%	408	100%

Sinusite aguda	Mesmo pediatra	119	96.7%			0.0%	4	3.3%	123	100%	
	Vários pediatras	113	95.0%			1	0.8%	5	4.2%	119	100%
	Médico do PSF	164	98.8%			1	0.6%	1	0.6%	166	100%
	Total	396	97.1%			2	0.5%	10	2.5%	408	100%
SINUSITE (TOTAL)	Mesmo pediatra	332	90.0%	10	2.7%	10	2.7%	17	4.6%	369	100%
	Vários pediatras	307	86.0%	8	2.2%	7	2.0%	35	9.8%	357	100%
	Médico do PSF	458	92.0%	5	1.0%	13	2.6%	22	4.4%	498	100%
	Total	1097	89.6%	24	1.9%	30	2.5%	74	6.0%	1224	100%
	V69V70			Concordante Ausente	Concordante Presente	Discordante Não Doente	Discordante Doente		Total		
Rinite alérgica	Mesmo pediatra	90	73.2%	3	2.4%	3	2.4%	27	22.0%	123	100%
	Vários pediatras	69	58.0%	3	2.5%	2	1.7%	45	37.8%	119	100%
	Médico do PSF	109	65.7%	2	1.2%	1	0.6%	54	32.5%	166	100%
RINITE ALERGICA (TOTAL)	Total	268	65.7%	8	2.0%	6	1.5%	126	30.9%	408	100%
	V69V70			Concordante Ausente	Concordante Presente	Discordante Não Doente	Discordante Doente		Total		
Hipertrofia A+A	Mesmo pediatra	108	87.8%	3	2.4%	2	1.6%	10	8.1%	123	100%
	Vários pediatras	99	83.2%	3	2.5%	5	4.2%	12	10.1%	119	100%
	Médico do PSF	143	86.1%	4	2.4%	4	2.4%	15	9.0%	166	100%
	Total	350	85.8%	10	2.5%	11	2.7%	37	9.1%	408	100%
Hipertrofia Adenóides	Mesmo pediatra	88	71.5%	8	6.5%	4	3.3%	23	18.7%	123	100%
	Vários pediatras	85	71.4%	8	6.7%	10	8.4%	16	13.4%	119	100%
	Médico do PSF	128	77.1%	4	2.4%	15	9.0%	19	11.4%	166	100%
	Total	301	73.8%	20	4.9%	29	7.1%	58	14.2%	408	100%
Hipertrofia das amígdalas	Mesmo pediatra	119	96.7%		0.0%	3	2.4%	1	0.8%	123	100%
	Vários pediatras	108	90.8%	2	1.7%	7	5.9%	2	1.7%	119	100%
	Médico do PSF	156	94.0%	1	0.6%	6	3.6%	3	1.8%	166	100%
	Total	383	93.9%	3	0.7%	16	3.9%	6	1.5%	408	100%
HIPERTROFIA DE A+A (TOTAL)	Mesmo pediatra	315	82,3%	11	2,8%	9	2,4%	34	12,4%	369	100%
	Vários pediatras	292	75,8%	13	3,4%	22	5,0%	30	15,8%	357	100%
	Médico do PSF	427	80,7%	9	1,7%	25	3,9%	37	13,7%	498	100%
	Total	1034	79,8%	33	2,5%	56	3,8%	101	13,9%	1224	100%

Tabela 2 - Frequência de diagnósticos por grupo de doenças otorrinolaringológicas encontradas nas 408 guias de encaminhamentos da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005.

DOENÇA	DIAGNÓSTICO POR NÍVEL DE ATENÇÃO	
	SECUNDÁRIA N= 408(%)	PRIMÁRIA N=408(%)
Rinite Alérgica	134 (32,8)	14 (3,4)
Otite Media Crônica	198 (48,5)	180 (44,2)
Faringoamigdalite Crônica	95 (23,3)	73 (17,9)
Rinossinusite Crônica	87 (21,3)	52 (12,7)
Hipertrofia Adenoamigdaliana	135 (33,0)	89 (21,8)
TOTAL	649 (159,1)	408 (100,0)

*A relação diagnóstico por paciente na atenção secundária em relação à atenção primária foi de 1,59.

Tabela 3 – Concordância dos diagnósticos descritos nas 408 guias de encaminhamento da atenção primária comparadas aos diagnósticos do otorrinolaringologista que avaliou as mesmas 408 crianças na atenção secundária da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005.

DOENÇA	<i>DIAGNÓSTICO</i>		CONCORDÂNCIA (%)
	DEFINIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (N)	CONFIRMADO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA (N)	
	Rinite Alérgica	14	
Otite Media crônica	180	75	41,6
Faringoamigdalite Crônica	73	46	63,0
Rinossinusite crônica	52	23	44,2
Hipertrofia adenoamigdaliar	89	33	37,1

Tabela 4 - Análise comparativa dos diagnósticos definidos pelo pediatra em relação aos definidos pelo médico de família que foram concordantes com os da atenção secundária para 408 crianças avaliadas no ambulatório referência em otorrinolaringologia da SMS de Belo Horizonte durante o período de março de 2004 a maio de 2005

DOENÇA	DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE		VALOR DE P
	MÉDICO PEDIATRA N=242	MÉDICO DE FAMÍLIA N=166	
Rinite Alérgica	6 /165 (3,6%)	2/111 (1,85%)	0,31
Otite Media Crônica	46/347 (13,3%)	29/241 (12,0%)	0,75
Faringoamigdalite Crônica	25/443 (5,6%)	21/297 (7,0%)	0,53
Rinossinusite Crônica	18/425 (4,2%)	5/299 (1,7%)	0,09
Hipertrofia Adenoamigdaliana	24/607 (3,9%)	9/446 (2,0%)	0,12