

## ATENDIMENTO CARDIOLÓGICO AMBULATORIAL: COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA E EM CENTRO DE SAÚDE COMUNITÁRIO

ALICE TATSUKO YAMADA, ALFREDO JOSÉ MANSUR, PAULO ROBERTO CHIZZOLA,  
WILSON HOFMANN, GIOVANNI BELLOTTI, FULVIO PILEGGI  
São Paulo, SP

**Objetivo** — Comparar pacientes atendidos em centro de referência em cardiologia com pacientes atendidos em centro de saúde comunitário.

**Casística e Métodos** — 564 (5,3%) de 10667 pacientes atendidos no Instituto do Coração (InCor) e 105 (58,6%) de 169 atendidos no Centro de Saúde do Bairro de Santo Amaro (CSSA, São Paulo, no período de abril a julho de 1989.

**Resultados** — A idade foi inferior a 40 anos em 212 (35,8%) casos (InCor) e em 27 (25,5%) casos (CSSA). Predominaram pacientes do sexo feminino: 316 (56%) — InCor e 70 (66,7%) — CSSA. No InCor, 317 (56,2%) residiam em São Paulo e no CSSA todos no mesmo bairro. Procuraram o InCor por iniciativa própria 43% dos pacientes. No InCor, foi feito o diagnóstico de cardiopatia em 81% dos casos e no CSSA em 92,5%. Exames adicionais ao eletrocardiograma e à radiografia de tórax foram considerados necessários em 35% dos casos no InCor. Os diagnósticos prováveis foram: a) insuficiência coronariana em 92 (20,1%) ca-sos (InCor) e em 8 (8,2%) casos (CSSA); b) valvopatias em 46 (10,1%) casos (InCor) e em 9 (9,2%) casos (CSSA); c) prolapso da valva mitral em 31 (6,8%) casos (InCor) e em 7 (7,1%) casos (CSSA); d) cardiopatia congênita em 10 (2,2%) casos (InCor) e em 1 (1%) caso (CSSA); e) hipertensão arterial sistêmica em 161 (35,2%) casos (InCor) e em 55 (56,1%) casos (CSSA); f) infecção ou doença de Chagas em 44 (9,6%) casos (InCor) e em 8 (8,2%) casos (CSSA); g) disritmia cardíaca em 38 (8,3%) casos (InCor) e em 8 (8,2%) casos (CSSA); h) outras afecções em 33 (7,2%) casos (InCor) e em 1 (1%) (CSSA); i) doenças da aorta em 2 (0,4%) casos (InCor) e em 1 (1%) (CSSA). Orientação para seguir tratamento médico foi dada a 71,5% dos pacientes do InCor e a 92,5% dos doentes do CSSA.

**Conclusão** — Foram detectadas similaridades entre a população atendida em centro de referência em cardiologia e em centro de saúde comunitário. Tais

## OUTPATIENT CARDIOLOGIC CARE: COMPARISON BETWEEN PATIENTS FROM A REFERRAL CENTER AND THOSE FROM COMMUNITY HEALTH FACILITY.

**Purpose** — Comparison between patients from a cardiology referral center and those from community health facility.

**Patients and Methods** — 564 (5.3%) of 10667 patients from the referral center — Instituto do Coração (InCor) and 105 (58.6%) of 169 from community health facility — Centro de de Santo Amaro (CSSA), São Paulo.

**Results** — 217 (35.8%) patients in InCor and 27 (25.5%) in CSSA were younger than 40 years of age. Female patients were more frequent: 316 (56%) in InCor and 70 (66.7%) in CSSA. In InCor, 317 (56.2%) patients lived in São Paulo City and in CSSA all the patients live in the surroundings. Forty-three percent of the patients sought for medical attention in InCor by themselves, without medical referral. The diagnosis of heart disease was established in 81% of the patients in InCor and in 92.5% of the patients in CSSA. Other tests (besides electrocardiogram and chest roentgenogram) were considered to be indicated in 35% of the patients from InCor. The diagnoses were: a) coronary heart disease in 92 (20.1%) cases (InCor) and in 8 (8.2%) cases (CSSA); b) valvular heart diseases in 46 (10.1%) cases (InCor) and in 9 (9.2%) cases (CSSA); c) mitral valve prolapse in 31 (6.8%) cases (InCor) and in 7 (7.1%) cases (CSSA); d) congenital heart disease in 10 (2.2%) cases (InCor) and in 1 (1%) case (CSSA); e) systemic arterial hypertension in 161 (35.2%) cases (InCor) and in 55 (56.1%) cases (CSSA); f) Chagas' infection or Chagas' heart disease in 44 (9.6%) cases (InCor) and in 8 (8.2%) cases (CSSA); g) cardiac rhythm disorders in 38 (8.3%) cases (InCor) and in 8 (8.2%) cases (CSSA); h) other diseases in 33 (7.2%) cases (InCor) and in 1 (1%) (CSSA); i) diseases of the aorta in 2 (0.4%) cases (InCor) and in 1 (1%) (CSSA). Medical treatment was recommended to 71.5% of the patients from the InCor and to 92.5% of the patients from CSSA.

*dados podem contribuir para orientar a organização ao atendimento dos portadores de afecções cardiovasculares*

**Palavras-chave:** planejamento sanitário, serviços de saúde comunitários, doenças cardiovasculares.

**Conclusion** — *Our data suggest a degree of similarity between the groups of patients cared for in a cardiology referral center in our city in relation to a community health facility. These data may be useful in planning optimal use of referral hospitals facilities in our city.*

**Key-words:** health planning; community health services; cardiovascular diseases.

### Arq Bras Cardiol 55/3: 181-187—Setembro 1990

As doenças cardiovasculares são causa expressiva de morbimortalidade na sociedade ocidental, verificação que também se aplica ao Brasil, principalmente às capitais<sup>1</sup>, sendo que na cidade e no estado de São Paulo elas constituem as causas mais frequentes de mortalidade<sup>2,3</sup>.

A atenção à saúde dos portadores de afecções cardiovasculares pode necessitar recursos tecnológicos sofisticados, caros, e que exigem pessoal altamente especializado para a sua aplicação, razão porque a disponibilidade de tais recursos é restrita. A otimização do seu uso necessita, entre outras medidas, da organização do atendimento conforme o seu grau de complexidade<sup>4</sup>.

Com a finalidade de contribuir para o equacionamento de tais premissas, estudamos a demanda de atendimento cardiológico ambulatorial em hospital de referência em cardiologia (Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, São Paulo) e a comparamos com a demanda de um centro de saúde comunitário (Centro de Saúde do bairro de Santo Amaro, em São Paulo).

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

No Instituto do Coração (InCor) foram estudados 564 (5,3%) pacientes com idades superiores a 15 anos, dentre 10667 atendidos em consulta preliminar no ambulatório no período de abril a julho de 1989. No Centro de Saúde de Santo Amaro (CSSA) foram estudados 105 (58,6%) pacientes dentre 179 atendidos no mesmo período.

No InCor os pacientes são atendidos em consulta inicial no ambulatório mediante encaminhamento médico por escrito. É possível incluir a critério médico o eletrocardiograma (ECG) e a radiografia do tórax nessa avaliação. No CSSA os pacientes são atendidos mediante procura espontânea sendo avaliados inicialmente por um clínico geral, que, de acordo com a necessidade, solicita a consulta ao cardiologista.

Foram avaliados: a) idade; b) sexo; c) residência; d) situação profissional ativa ou inativa; e) número de consultas já realizadas na Instituição; f) iniciativa de procurar o atendimento; g) queixa principal; h) exame físico; i) ECG; j) radiografia do tórax; k) outros

exames considerados indispensáveis; l) diagnóstico

provável; m) prescrição de medicação; e n) encaminhamento dado ao paciente.

Os dados foram coletados com o uso de questionário (Apêndice I). A cada pergunta ofereceu-se única resposta. Nos itens passíveis de associação de respostas, por exemplo, queixa principal, outros exames considerados indispensáveis e diagnóstico provável) foi considerada a de maior importância para o atendimento. O teste de X<sup>2</sup> foi utilizado quando pertinente para verificar a existência de associações.

## RESULTADOS

No InCor, a distribuição dos pacientes de acordo com as faixas etárias foi: idade até 20 anos em 22 (3,9%) casos; de 21 a 30 anos em 61 (10,8%); de 31 a 40 anos em 119 (21,1%); de 41 a 50 em 111 (19,7%); de 51 a 60 em 116 (20,6%); de 61 a 70 em 91 (16,1%). As idades foram superiores a 70 anos em 44 (7,8%) casos (fig. 1). No CSSA, a distribuição dos pacientes de acordo com as faixas etárias foi: idade até 20 anos em 10 (9,4%) casos; de 21 a 30 anos em 6 (5,7%); de 31 a 40 anos em 11 (10,4%); de 41 a 50 anos em 25 (23,6%); de 51 a 60 anos em 22 (20,7%); de 61 a 70 anos em 19 (17,9%). As idades foram superiores a 70 anos em 13 (12,3%) casos (fig. 1).

No InCor 316 (56%) pacientes eram do sexo feminino e 248 (44%) do masculino. No CSSA 70 (66,7%) pacientes eram do sexo feminino e 35 (33,3%) do masculino (figuras 1 e 2).

A distribuição dos locais de residência dos doentes atendidos no InCor é apresentada na figura 2. Todos os pacientes atendidos no CSSA residiam no próprio bairro.

No InCor, 211 (37,4%) dos pacientes declararam-se empregados e ativos, 87 (15,4%) inativos em consequência da doença, 84 (14,9%) estavam aposentados por motivos alheios à doença, 163 (29%) trabalhavam nas prendas do lar e 19 (3,3%) pertenciam a outras condições. No CSSA 22 (20,7%) dos pacientes declararam-se empregados e ativos, 7 (6,6%) inativos em consequência da doença, 13 (12,3%) estavam aposentados por motivos alheios à doença, 56 (52,8%) trabalhavam nas prendas do lar e 8 (7,6%) pertenciam a outras condições.

No InCor, 505 (90,5%) dos doentes estavam sendo

Apêndice 1

QUESTIONÁRIO:

1) **Iniciais**

2) **Registro**

3) **Sexo**

(M: masculino; F: feminino)

4) **Idade em anos**

5) **Residência**

11 São Paulo, zona central

12 São Paulo, zona sul

13 São Paulo, zona leste

14 São Paulo, zona oeste

15 São Paulo, zona norte

16 "A, B, C, D"

17 Osasco

18 Guarulhos

19 Itapeerica da Serra

20 Suzano

21 Taboão da Serra

22 Mauá

23 Carapicuíba

24 Interior S. Paulo

25 Outros estados

26 Não referido

6) **Profissão**

1 Ativo, empregado

3 Aposentado por outro motivo que não a doença

5 outras

2 Inativo pela doença

4 prendas domésticas

7) **Primeira consulta?** (S: sim; N: não)

8 Iniciativa de **procurar o serviço de saúde**

1 **Iniciativa própria**

2 **Encaminhado por médico particular**

3 **Encaminhado de posto de saúde**

4 **Encaminhado de Posto Inamps**

5 **Outras**

9) **Queixa principal**

1 dor torácica

3 diagnóstico prévio de cardiopatia

5 hipertensão arterial

7 outras

2 dispnéia

4 palpitação

6 avaliação cardiológica

10) **Exame físico:** (1: normal; 2: anormal)

11) **Eletrocardiograma:**

1 Realizado, normal

3 Realizado, área inativa

5 Realizado, alteração de ST-T

7 Não realizado

2 Realizado, ritmo anormal

4 Realizado, sobrecarga

6 Realizado, associação de alterações

12) **Radiografia do tórax:**

1 Realizado, normal

3 Realizado, alterações dos campos pleuropulmonares

5 Não realizado

2 Realizado, cardiomegalia

4 Realizado, associação de alterações

13) **Exames complementares outros indispensáveis:**

1 Eeocardiograma

3 Teste de esforço

5 Radioisótopo

7 Outros

2 Holter

4 Cineangiocoronariografia

6 Exames de sangue

8 Não se aplica

14) **Diagnóstico provável:**

11 Insuficiência coronariana

13 Prolapso da valva mitral

15 Hipertensão arterial

17 Disritmia cardíaca

19 Outra afeção

12 Valvopatia

14 Cardiopatia congênita

16 Infecção ou Doença de Chagas

18 Sem evidência de afeção cardiológica

20 Doença da aorta

15) **Foi prescrita medicação:** (s: sim; N: não)

16) **Encaminhamento dado ao paciente:**

1 Alta para casa

2 Encaminhado para tratamentomédico

atendidos no hospital pela primeira vez e 53 (9,5%) já tinham sido atendidos uma ou mais vezes. No CSSA, 5 (4,7%) dos pacientes foram atendidos pela primeira vez e em 101 (95,3%) já haviam ocorrido outros atendimentos.

No InCor 243 (43,2%) dos pacientes procuraram hospital por iniciativa própria, isto é, solicitaram a algum médico o encaminhamento necessário para ser atendidos. Quando não houve solicitação por parte do paciente o encaminhamento ocorreu a partir de médico particular em 58 casos (10,3%), a partir de saúde em 56 (9,9%), a partir de posto de INAMPS em 36 (6,4%) e encaminhados por outras origens 170 (30,2%). No CSSA 1 (0,9%) procurou

atendimento médico por iniciativa própria, e 105 (99,1%) foram encaminhados pelo clínico geral do posto de saúde.

No InCor, a queixa principal pela qual o paciente procurou o hospital foi dor torácica em 196 casos (34,7%), dispnéia em 85 (15,1%), diagnóstico prévio de cardiopatia em 53 (9,4%), palpitação em 64 (11,3%), hipertensão arterial em 56 (9,9%), avaliação cardiológica em 80 (14,2%) e outras queixas em 30 (5,3%): O diagnóstico prévio de cardiopatia havia sido feito em 6 (8,2%) dos 73 enfermos procedentes do interior do Estado de São Paulo e em 10 (11,1%) dos 90 indivíduos procedentes de outros estados.

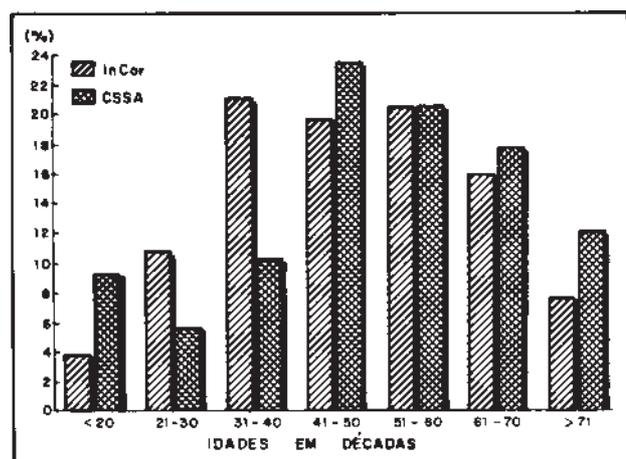


Fig. 1—Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária. InCor: Instituto do Coração; CSSA: Centro de Saúde de Santo Amaro.

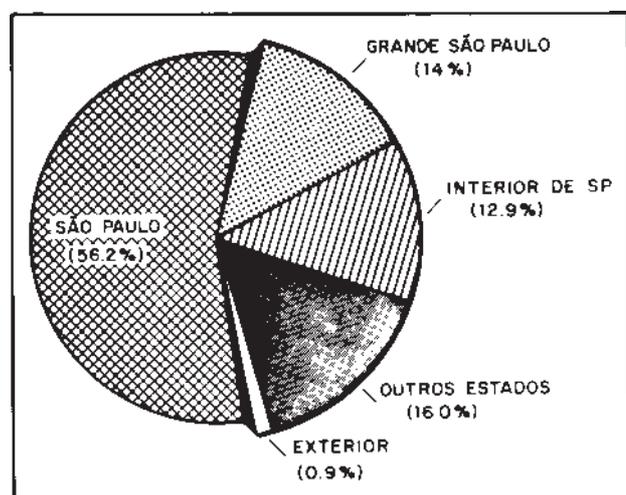


Fig. 2—Distribuição dos locais de residência dos Pacientes atendidos no InCor.

No CSSA, a queixa principal foi dor torácica em 18 casos (17%), dispnéia em 24 (2,6%), diagnóstico prévio de cardiopatia em 13 (12,3%), palpitação em 20 (18,9%), hipertensão arterial em 22 (20,7%), avaliação cardiológica em 6 (5,8%) e outras queixas em 3 (2,7%).

No InCor o exame físico foi normal em 187 (33,2%) dos doentes e anormal em 377 (66,8%). No CSSA o exame físico foi normal em 8 (7,5%) dos pacientes e anormal em 98 (92,5%).

No InCor, o ECG foi realizado em 491 pacientes e com resultado normal em 238 (48,5%) e alterado em 253 (51,5%). As alterações foram agrupadas em anormalidade do ritmo em 47 (18,6%), área eletricamente inativa em 24 (9,5%), sobrecarga de câmaras cardíacas em 47 (18,6%), alteração do segmento ST e da onda T em 42 (16,6%) e associação de alterações em 93 (36,7%). Nos 187 (33,2%) indivíduos nos quais o exame físico foi normal, o ECG foi considerado necessário em 26 (13,9%). Nos 161 que realizaram o ECG, 115 (71,4%) foram normais e 46 (28,6%)

anormais: ritmo cardíaco anormal em 10, área eletricamente inativa em 10, sobrecarga de câmaras em 1, alteração do segmento ST e da onda T em 12 e associação de alterações em 13. No CSSA e ECG realizado em 104 (98,1%) pacientes foi normal em 29 (27,4%) e alterado em 75 (72,1%). Das alterações encontradas 7 (9,3%) correspondiam a alterações do ritmo, 14 (18,7%) à área inativa, 17 (22,7%) à sobrecarga de câmaras, 12 (16%) a alterações do segmento ST e da onda T. e em 25 (33,3%) correspondiam à associação de alterações.

A radiografia do tórax no InCor foi realizada em 380 (67,9%) pacientes. O resultado foi normal em 256 (67,4%) e anormal em 124 (32,6%) casos. As alterações detectadas foram cardiomegalia em 89 (71,7%), alterações pleuropulmonares em 18 (14,5%) e associação de ambas em 17 (13,7%). A radiografia do tórax foi considerada anormal em 9 (4,9%) dos 186 indivíduos em que o exame físico foi considerado normal. Foi diagnosticado grau de cardiomegalia em 4, alterações pleuropulmonares em 2 e associação de ambas em 3. No CSSA a radiografia do tórax foi realizada em 99 (95,2%) doentes: normal em 43 (43,4%) e anormal em 56 (56,6%). As alterações observadas foram: cardiomegalia em 52 (92,8%) e associação de cardiomegalia com alterações pleuropulmonares em 4 (7,2%).

No InCor, exames adicionais foram considerados necessários em 181 (32,1%) casos: ecocardiograma em 58 (32%), cineangiocoronariografia em 41 (22,6%), eletrocardiograma de esforço em 40 (22,1%), eletrocardiograma dinâmico em 19 (10,5%), dosagens sanguíneas em 16 (8,8%), cintilografia miocárdica em 3 (1,7%) e outros exames em 4 (2,2%). Foram considerados desnecessários exames complementares, o ECG e a radiografia de tórax, em 383 (67,9%) dos casos. Dos 73 indivíduos procedentes do interior do Estado de São Paulo foi considerado dispensável o uso de exames complementares em 46 (63%) dos casos, e dos 90 indivíduos procedentes de outros estados em 58 (64,4%). No CSSA exames adicionais foram considerados necessários em 101 (95,3%) dos casos: ecocardiograma em 18 (17,8%), cateterismo cardíaco em 9 (8,9%), eletrocardiograma dinâmico em 3 (2,9%), eletrocardiograma de esforço em 2 (2,0%) e dosagens sanguíneas em 69 (68,3%).

No InCor o diagnóstico provável de cardiopatia foi feito em 457 (81%) dos casos. Portanto, em 107 (19,0%) não foi detectada qualquer evidência de afecção cardiovascular. As cardiopatias diagnosticadas foram: insuficiência coronariana em 92 (20,1%) casos, valvopatias em 46 (10,1%), prolapso da valva mitral em 31 (6,8%), cardiopatia congênita em 10 (2,2%), hipertensão arterial sistêmica em 161 (35,2%), infecção ou doença de Chagas em 44 (9,6%), disritmia cardíaca em 38 (8,3%), outras afecções em 33 (7,2%) e doenças da aorta em 2 (0,4%). A diferença da distribuição de idade em relação à presença da cardiopatia foi significativa ( $X^2 = 23,557$ ;  $p = 0,0001$ ). Dos 202 pacientes com idade menor ou igual a 40 anos, 60

(29,7%) não

apresentavam afecção cardiológica enquanto que dentre os 362 com idade maior que 40 anos apenas 47 (13%) não a apresentavam. A diferença da distribuição da frequência do sexo entre os pacientes sem evidência de cardiopatia não foi significativa ( $X^2 = 0,052$ ;  $p = 0,820$ ). Assim, 61 (19,3%) dos 316 pacientes do sexo feminino e 46 (18,5%) dos 248 pacientes do sexo masculino não apresentavam cardiopatia. A distribuição de frequência da profissão de pacientes sem evidência de cardiopatia atendidos no InCor (107 casos) foi: empregados e ativos 62 de 211 (29,4%), inativos por doença de 6 de 87 (6,9%), aposentados por outros motivos 10 de 84 (11,9%), prendas do lar 24 de 163 (14,7%) e outras situações 5 de 19 (11,9%). A idade de 60 (56,1%) dos 107 pacientes sem afecção cardiológica era inferior a 40 anos. A iniciativa de procurar o InCor dos 107 indivíduos nos quais não foi feito o diagnóstico de cardiopatia foi: própria em 41 (16,9%) do total de 243 que assim vieram ao hospital; médico particular em 7 (12,0%) de 58 desse modo referidos; posto de saúde em 9 (16,1%) do total de 56; posto do INAMPS em 8 (22,2%) de 36 e outros em 42 (24,7%) de 170. Entre os 196 pacientes cuja queixa principal foi a dor torácica em 67 (34,2%) foi feito o diagnóstico de insuficiência coronariana e em 50 (25,5%) o de hipertensão arterial. Em 45 (23%) casos foi possível concluir pela inexistência de afecção cardiológica.

No CSSA o diagnóstico de cardiopatia foi feito em 98 (92,5%) casos; insuficiência coronariana em 8 (8,2%), valvopatias em 9 (9,2%), prolapso da valva mitral em 7 (7,1%), cardiopatia congênita em 1 (1%), hipertensão arterial em 55 (56,1%), infecção ou doença de Chagas em 8 (8,2%), disritmia cardíaca em 8 (8,2%) outra afecção em 1 (1%) e doença da aorta em 1 (1%).

No InCor foram prescritos medicamentos em 339 (60,1%) casos e no CSSA em 92 (86,8%). Entre os 161 portadores de hipertensão arterial 150 (93,2%) receberam prescrição de medicamentos anti-hipertensivos.

No InCor 403 (71,5%) receberam orientação para seguir com o tratamento médico e 161 (28,5%) receberam alta ambulatorial. No CSSA 98 (92,5%) receberam orientação para prosseguir com o tratamento médico e 8 (7,5%) receberam alta.

No InCor receberam alta 65 (26,2%) dos 248 pacientes do sexo masculino e 96 (30,4%) dos 316 pacientes do sexo feminino. A diferença de distribuição do sexo quanto ao encaminhamento não foi significativa ( $X^2 = 1,185$ ;  $p = 0,276$ ). A diferença de distribuição das idades agrupadas nas superiores a 40 anos e inferiores a 40 anos quanto ao encaminhamento foi significativa ( $X^2 = 34,801$ ;  $p = 0,0001$ ). Assim, 88 (43,6%) dos 202 pacientes com idade inferior a 40 anos e 73 (20,2%) dos 362 indivíduos com idade superior a 40 anos receberam alta. A diferença de distribuição das residências (grande São Paulo versus interior de São Paulo e outros Estados) quanto ao encaminhamento não apresentou diferença significativa ( $X^2 = 1,294$ ;

$p = 0,255$ ). Dos 163 indivíduos procedentes do interior do Estado de São Paulo e de outros Estados, 41 (25,2%) receberam alta hospitalar e dos 401 da grande São Paulo 120 (29,9%) a receberam.

## DISCUSSÃO

O moderno atendimento médico cardiológico utiliza recursos de tecnologia complexa e de custo elevado, disponíveis em poucos centros. Frente a estes recursos tanto os pacientes como os próprios profissionais envolvidos podem sentir-se compelidos a aplicá-los, com a finalidade presumida de aumentar a segu-rança do diagnóstico e da terapêutica<sup>5</sup>. Tal enfoque colabora para o excesso de demanda aos centros de referência. Além disso a aplicação de recursos complexos quando não indispensáveis ocorre em detrimento de pacientes que efetivamente deles necessitam.

O estudo da demanda de pacientes atendidos no InCor, centro de referência terciário, em comparação com os atendidos em centro de saúde da comunidade, permitiu fazer várias observações de interesse prático.

A análise das idades dos pacientes atendidos no InCor revelou a predominância de indivíduos com idade superior a 40 anos. Apesar disso, 202 (35,8%) tinham idade inferior a 40 anos; desses 88 (43,6%) receberam alta. No CSSA o predomínio de pacientes com idade superior a 40 anos foi mais nítido. Portanto, num centro de saúde mais do que em hospital de referência a distribuição etária aproxima-se daquela na qual é mais freqüente a cardiopatia. É possível que, por ser hospital de referência, o InCor receba mais pacientes jovens a fim de avaliar a presença de cardiopatia.

É também de interesse a observação de que tanto no InCor como no CSSA ocorreu o predomínio de pacientes do sexo feminino. No InCor, a frequência de cardiopatia nos pacientes do sexo feminino não foi inferior à do sexo masculino, excetuando-se o diagnóstico de insuficiência coronariana que foi maior em pacientes do sexo masculino. Pressões de ordem social podem influir no predomínio de mulheres que buscam tratamento tanto no InCor quanto no CSSA pois observamos que a maioria das mulheres (51,2%) trabalhavam em prendas do lar enquanto que a maioria dos homens (50,1%) estavam empregados e ativos, dis-pondo por isso provavelmente de outros recursos de atendimento médico.

Atualmente são recomendadas a regionalização e a hierarquização do atendimento médico de acordo com a sua complexidade<sup>4</sup>. No InCor notamos que não há área de concentração das procedências dos pacientes, mesmo em se tratando da cidade de São Paulo. É possível admitir que muitos pacientes deslocam-se desnecessariamente até o InCor. Por exemplo, em pelo menos 1/4 (25,3%) dos pacientes encaminhados do interior do Estado e de outros Estados, não foi detectada a cardiopatia. A necessidade de exames complementares mais complexos existiu em apenas

1/3 dos pacientes. Frequentemente, o transporte destes pacientes é difícil, exige demanda de recursos financeiros sendo por vezes até desnecessário, fato que reforça,

portanto, a conveniência da hierarquização do atendimento. Por outro lado, devemos salientar que no CSSA todos os pacientes residiam no próprio bairro, o que facilitava o atendimento e o encaminhamento adequado.

Predominam os pacientes profissionalmente ativos em relação aos inativos, tanto no InCor como no CSSA. Entre os pacientes sem evidência de afecção cardiológica, verifica-se maior contingente de ativos empregados, frequência que supera a de outras categorias profissionais estudadas, inclusive as pacientes dedicadas às prendas domésticas. É possível que esse contingente aglutine pacientes mais jovens, o que permitiria em nossa casuística constatar que a idade predomina sobre o sexo quando se analisa a ausência de cardiopatia.

A maioria dos pacientes atendidos no InCor é consultada pela primeira vez enquanto que no CSSA ocorre o contrário, isto é, os doentes já foram consultados anteriormente pelo clínico geral no centro de saúde. De fato, muitos dos pacientes atendidos no InCor e encaminhados para recursos da comunidade poderiam continuar o seguimento com o clínico geral da rede básica de saúde. A integração desses dois tipos de atenção médica seria de alta valia na otimização do uso de recursos.

No InCor a maioria dos pacientes procurou a instituição por iniciativa própria. O percentual de pacientes sem cardiopatia variou em torno de 18% independentemente da maneira pela qual o paciente procurou o serviço de saúde. Esses dados sugerem a ausência de triagem antes do encaminhamento do paciente a um hospital de referência. A maioria dos pacientes do CSSA procurou o atendimento por iniciativa do próprio posto de saúde.

É curioso observar que no InCor, hospital de referência, era de se esperar número elevado de pacientes encaminhados com diagnóstico prévio de cardiopatia, porém isso não ocorreu (9,4%) em relação ao CSSA (12,3%).

A dor torácica foi a principal maior pela qual os pacientes procuraram o InCor (34,7%) enquanto que no CSSA não houve predominância nítida de qualquer queixa em relação a outra. Dos 196 pacientes com dor torácica, o diagnóstico mais frequente foi a insuficiência coronariana (34,2%) seguida de hipertensão arterial sistêmica (25,5%) sendo que em 45 pacientes (23%) não foi detectada qualquer afecção cardiovascular. Em estudo recente<sup>6</sup> de análise de sintomas mais frequentes em grupo selecionado de pacientes ambulatoriais constatou-se que a dor torácica é a queixa mais comum, sendo que em 83% dos pacientes a etiologia não foi conhecida, em 11% era orgânica e em 63% de origem psicológica. A identificação desses pacientes é necessária para evitar o desencadeamento de investigação diagnóstica dispendiosa e desnecessária. Em casos nos quais os dados do exame clínico não são suficientes para decidir o

melhor encaminhamento a ser dado, a orientação do paciente, a observação e a reavaliação clínica são etapas fundamentais.

já que os exames complementares não os substituem. Assim, há estudos que demonstram que a indicação de eletrocardiograma de esforço não é obrigatória para pacientes com dor torácica atípica pois a relação custo/benefício não é vantajosa, seja para o diagnóstico de coronariopatia<sup>7</sup>, seja para a prevenção de morte súbita<sup>8</sup>. Outro estudo demonstram não haver diferença significativa do ponto de vista evolutivo entre pacientes assintomáticos e doentes portadores de dor precordial atípica<sup>9</sup>.

Em relação ao exame físico, a maioria era anormal tanto no InCor (66,8%) quanto no CSSA (92,5%). Entretanto, no centro de saúde a frequência de exame físico anormal foi superior, provavelmente como resultado do trabalho conjunto do cardiologista com o clínico geral, que muitas vezes guiava-se pelo exame físico anormal (por exemplo, sopros cardíacos) para solicitar avaliação do cardiologista.

O ECG foi normal em 48,5% dos pacientes no InCor e em 27,9% no CSSA. Novamente a frequência de achado normal foi superior no centro de referência. Apesar do alto índice de exames normais sua execução é recomendada na avaliação cardiovascular, mesmo em pacientes assintomáticos aos 20, 40 e 60 anos<sup>10</sup>.

A radiografia do tórax foi normal na maioria dos pacientes (67,4%) atendidos no InCor. Nos pacientes com exame físico normal achava-se alterada em 9 (4,9%) de 186 doentes. Esses dados nortearam revisão do seu uso nos pacientes submetidos a avaliação cardiológica, no InCor.

Ainda nesse sentido deve-se salientar que uma radiografia do tórax é recomendada aos 40 anos como parte do exame médico de avaliação do risco de doença cardiovascular em adultos assintomáticos<sup>10</sup>. Entretanto, não é recomendada como exame para rastreamento na prevenção do câncer de pulmão<sup>10,11</sup>.

A necessidade de exames complementares adicionais foi detectada em 1/3 dos doentes do InCor que, sendo um centro de referência esperaríamos que tal percentagem fosse maior. É interessante reproduzir essa observação mesmo nos pacientes encaminhados do interior do Estado de São Paulo (37%) ou de outros Estados (35,6%). Esta observação reforça a conveniência de organizar o atendimento em relação à real demanda de exames complementares, devido aos seus custos e riscos associados<sup>5</sup>.

O estudo do diagnóstico revela que apenas 20% dos pacientes não eram portadores de afecção que necessitasse prosseguir em tratamento médico. Curioso observar que a frequência de indivíduos sem afecção cardiológica no CSSA é inferior à de um hospital de referência. É possível que tal dado reflita a procura do centro de referência para opinar sobre a presença ou não de cardiopatia. Entretanto, deve-se também considerar a possibilidade de encaminhamento inadequado.

Indivíduos sem evidência de afecção cardiovascular com frequência indagam a data apropriada para a nova avaliação médica. Esta orientação para adul-

tos assintomáticos foi analisada em profundidade e a recomendação resultante<sup>11</sup> foi: a) para indivíduos com idade entre 20 e 59 anos recomenda-se o controle da pressão arterial a cada dois anos, do peso a cada quatro anos e a ausculta cardíaca uma vez na avaliação inicial; b) pacientes com idade superior a 60 anos: medida da pressão arterial a cada dois anos, do peso a cada quatro anos e ausculta cardíaca uma vez aos 60 anos. Em pacientes do sexo masculino com idade superior a 60 anos inclui-se a pesquisa anual de evidência palpatória de aneurisma abdominal.

O diagnóstico mais frequente tanto no InCor como no CSSA foi hipertensão arterial (35,2%). Tal achado enfatiza a importância para o atendimento ambulatorial. Embora o nosso critério diagnóstico não esteja isento de limitações frente ao que é recomendado<sup>12</sup> (medida isolada, em consulta médica hospitalar e pacientes selecionados), a frequência do diagnóstico de hipertensão arterial isolada aproxima-se dos 28,3% observados em estudo populacional recente no Brasil<sup>13</sup>. Em virtude dos critérios por nós utilizados é possível que a frequência de hipertensão arterial fosse até superior caso se incluíssem os pacientes com associação de hipertensão arterial e outra afecção. No CSSA a hipertensão arterial é responsável por 50% das afecções ali diagnosticadas. Além disso os níveis de pressão arterial observados foram suficientemente elevados para justificar a prescrição de medicamentos em 93,2% dos casos. Esse dado aumenta a relevância do achado de elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica.

A insuficiência coronariana foi o diagnóstico que comparou a seguir, responsável por 20,1% dos casos do InCor. Os demais diagnósticos estudados distribuem-se de modo equivalente. Essa demanda norteia a disponibilidade do serviço. No CSSA todos os demais diagnósticos distribuem-se de modo equitativo.

A maioria dos pacientes atendidos tanto no InCor como no CSSA necessitou de medicação, portanto, a orientação a respeito deve ser incluída no programa de atendimento.

O perceptual de alta ambulatorial do CSSA é inferior ao do InCor (7,5% vs. 28,5%) que reflete o fato de que no CSSA a frequência de pacientes sem afecção

cardiológica é inferior ao do InCor.

Concluindo, podemos dizer que o nosso estudo permitiu verificar que há similaridade em muitos aspectos entre a população atendida na rede primária e a atendida em hospital de referência em cardiologia. Essa observação demonstra que alguns pacientes que poderiam ter atendimento primário são desnecessariamente deslocados até a rede terciária, fato que acarreta ônus ao paciente, ao sistema que patrocinou o transporte e ainda repercute nos que efetivamente necessitam de recursos médicos mais complexos, e os encontram saturados. A hierarquização do atendimento deverá trazer benefícios a todos os segmentos de atendimento, principalmente aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Laurenti R—Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. Arq Bras Cardiol, 1982; 38: 243-8.
2. Laurenti R, Fonseca LAM—A mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-1969). Arq Bras Cardiol, 1976; 29: 85-8.
3. Lolio CA, Santo AH, Laurenti R—Importância da aterosclerose como causa de morte no estado de São Paulo. Arq Bras Cardiol, 1988; 51: 437-9.
4. Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo. Deliberação CIS/SP-58, de 18-08-89. Diário Oficial do Estado, 1989 aug 19; Seção I.
5. Kassirer JP—Our stubborn quest for diagnostic certainty. A maior of excessive testing. N Engl J Med. 1989; 320: 1489-91.
6. Kroenke K, Mangelsdorf AD—Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. Am J Med. 1989; 86: 262-6.
7. Sox Jr HC, Littenberg B, Garber AM—The role of exercise testing in screening for coronary artery disease. Ann Intern Med. 1989; 110: 456-69.
8. Epstein SE, Quyyumi AA, Bonow RO—Sudden cardiac death without warning: possible mechanisms and implications for screening asymptomatic populations. N Engl J Med. 1989; 321: 320-4.
9. Bruce RA, Hossack KF, DeRouen TA, Hofer V—Enhanced risk assessment for primary coronary heart disease events by maximal exercise testing: 10 years experience of Seattle Heart Watch. J Am Coll Cardiol, 1983; 2: 565-73.
10. Grundy SM, Greenland P, Herd A, Huebsch JA, Jones RJ, Mitchell JH, Schlant RC—Cardiovascular and risk factor evaluation of healthy american adults. A statement for physicians by an Ad Hoc committee, American Heart Association. Circulation, 1987; 75: 1340A-62A.
11. Oboler SK, LaForee FM—The periodic physical examination in asymptomatic adults. Ann Intern Med, 1989; 110: 214-26.
12. Gifford Jr RW, Kirkendall W, O'Connor DT, Weidman W—Office evaluation of hypertension. A statement for health professionals by a writing group of the council for high blood pressure research, American Heart Association. Circulation, 1989; 79: 721-8.
13. Lolio CA—Incidência de hipertensão arterial no município de Araraquara, SP, Brasil em 1987. Tese dout. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989.