



# Perfil clínico-epidemiológico de pacientes encaminhados da rede pública a um ambulatório especializado de medicina interna

## Clinical and epidemiological profile of patients referred from the public healthcare system to an internal medicine outpatient clinic

Merialine Gresele<sup>1</sup>, Victor Jablonski Soares<sup>1</sup>, Alessandro D'Ávila da Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

Fornecer um atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde é regulamentado e garantido pelo Estado. Assim, conhecer o perfil epidemiológico, social e clínico de uma população é um instrumento importantíssimo para definição de políticas públicas em saúde e destinação de recursos humanos e financeiros. Diante desse contexto, nossa pesquisa vem ao encontro de delinear o perfil da população encaminhada para a assistência especializada de medicina interna em um hospital de nível terciário. O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes encaminhados ao ambulatório especializado de Medicina Interna da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no primeiro semestre de 2023. Foram avaliados 121 pacientes, dos quais somente 93 preencheram critérios de inclusão. Somente 62 tiveram duas ou mais consultas. Houve 26 diagnósticos realizados ao longo de um ano de seguimento desses pacientes, sendo as neoplasias, as doenças autoimunes, os distúrbios hematológicos benignos e as hipovitaminoses os mais incidentes. A taxa de abandono, constituída por perda de seguimento dos pacientes, foi de 25,8% da amostra. O índice de inconsistência de encaminhamento (IIE) obtido, para avaliar pacientes que não possuíam critério para seguimento ambulatorial, foi de 12,9%. Nesse sentido, a avaliação do perfil de pacientes que são atendidos na atenção especializada pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde a partir da compreensão de quais comorbidades são incidentes, para diminuir a abstenção em consulta, assim como para melhorar o vínculo médico-paciente.

**Descritores:** Clínica médica; Perfil epidemiológico; Ambulatório; Atenção secundária.

### ABSTRACT

Providing quality care at all levels of complexity in the health system is regulated and guaranteed by the State. Thus, knowing the epidemiological, social, and clinical profile of a population is a very important tool for defining public health policies and allocating human and financial resources. Given this context, our research aims to outline the profile of the population referred for specialized internal medicine care in a tertiary-level hospital. The present study aimed to evaluate the clinical and epidemiological profile of patients referred to the specialized Internal Medicine outpatient clinic of Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre in the first half of 2023. A total of 121 patients were evaluated, of which only 93 met the inclusion criteria. Only 62 had two or more consultations. There were 26 diagnoses made over the course of a year of follow-up of these patients, with neoplasms, autoimmune diseases, benign hematological disorders, and hypovitaminosis being the most frequent. The dropout rate, which is defined as loss of follow-up of patients, was 25.8% of the sample. The referral inconsistency index (IIE) obtained to evaluate patients who did not meet the criteria for outpatient follow-up was 12.9%. In this sense, the evaluation of the profile of patients who are treated in specialized care can contribute to the improvement of health services based on the understanding of which comorbidities are incident, to reduce the abstention rate in consultations, as well as to improve the doctor-patient relationship.

**Keywords:** Medical clinic; Epidemiological profile; Outpatient clinic; Secondary care.

<sup>1</sup> Médicos Residentes em Clínica Médica, Hospital Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

<sup>2</sup> Médico Especialista em Clínica Médica, Hospital Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

**Autor correspondente:** Merialine Gresele. Avenida Independência, 44, Porto Alegre, RS - CEP: 90035070.

E-mail: mrgresele@gmail.com - Telefone: (55) 99918-0107.

**Contribuição dos autores:** Todos os autores contribuíram igualmente para este artigo.

**Financiamento:** Esta pesquisa não recebeu financiamento. **Declaração de conflito de interesses:** Nada a declarar.

**Aprovação do comitê de ética:** A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com o número de registro: 82290324.6.0000.5335

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um sistema complexo de saúde pública fundamentado e organizado em três níveis nos quais a atenção básica de saúde é a porta de entrada principal dos indivíduos para a rede de atenção à saúde<sup>(1)</sup>. A partir dela, os demais níveis suplementam a demanda de diferentes quadros de adoecimento que necessitam de níveis maiores de complexidade com finalidade de complementar o diagnóstico e o tratamento, uma vez que dispõe da presença de profissionais especializados e de recursos tecnológicos<sup>(1)</sup>. Configuram, então, a atenção secundária e terciária os ambientes com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar, respectivamente) que complementam a Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>(2)</sup>. Assim, tornou-se viável organizar de forma centralizada, o direcionamento do usuário conforme o nível de complexidade de suas demandas de saúde em grande escala.

No contexto regional e estadual, o Sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon), é o sistema de regulação, desde 2016, das demandas de consultas especializadas em Porto Alegre<sup>(3)</sup>. Nele, a solicitação é cadastrada pela unidade básica ou secretaria municipal de saúde e, a seguir, é avaliada por um agente regulador que modera a prioridade do caso e destina a solicitação a uma unidade de média ou alta complexidade<sup>(4)</sup>. Em 2023, foram realizadas 6.469 solicitações de encaminhamento para “Medicina Interna - clínica médica” no Rio Grande do Sul, das quais 271 foram destinadas para a Santa Casa de Porto Alegre<sup>(4)</sup>.

Atualmente, a Secretaria de Saúde do Estado tem desenvolvido em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) o projeto “RegulaSUS”, com possibilidade de gerar um atendimento mais ágil. Para isso, uma de suas ferramentas consiste na elaboração de protocolos de encaminhamento que auxiliam na tomada de decisão clínica médica solicitando atendimento especializado<sup>(5)</sup>. Contudo, até o momento não há disponível tal ferramenta para o encaminhamento à de Medicina Interna, apenas algumas citações da especialidade nos protocolos de encaminhamento para urologia, cardiologia, hematologia, reumatologia e manejo de dor<sup>(6)</sup>.

Frente a isso, sabe-se que conhecer o perfil epidemiológico e a demanda ambulatorial é importante para a adequação dos recursos financeiros e das práticas de saúde, como protocolos de encaminhamento, uma vez que traça o cenário da saúde de uma determinada população evidenciando os pontos críticos a fim de restaurar e promover a saúde<sup>(1)</sup>.

## MÉTODOS

### Desenho e local do estudo

O estudo é de caráter observacional e quantitativo com recorte retrospectivo, realizado a partir de dados de prontuário da especialidade Medicina Interna (MEI) do Hospital Santa Clara, pertencente ao complexo hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre.

### Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra, pacientes acima de 18 anos, que constavam no sistema de prontuário eletrônico (Tasy®) como “primeira consulta”, advindos diretamente da Atenção Primária, atendidos entre janeiro e junho de 2023 e acompanhados via consultas subsequentes de até um ano após a primeira consulta na referida especialidade. Dentre os critérios de exclusão, não foram considerados parte da amostra: (a) pacientes que já tinham algum vínculo com a medicina interna, a exemplo internação prévia, e foram orientados a solicitar encaminhamento para ambulatório via APS; (b) pacientes com admissão como interconsulta de outra especialidade do hospital.

### Perfil clínico e epidemiológico

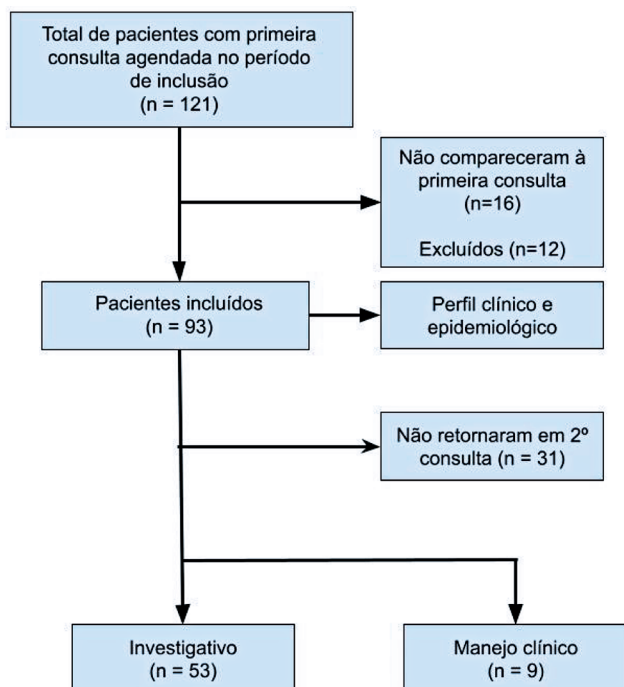
De cada prontuário, foram coletados idade, etnia, estado civil, procedência, comorbidades prévias, motivo do encaminhamento (ME), faltas em primeira consulta, número de consultas em um ano de seguimento, diagnósticos realizados, encaminhamentos/interconsultas realizadas, óbitos e internações durante o período de acompanhamento. No que se refere aos motivos do encaminhamento, foram descritos os sintomas e sinais do paciente citados pelo médico responsável no sistema de gerenciamento de consultas devido à complexidade de os qualificar pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Ainda, a amostra foi dividida em dois grupos: “investigativo” e em “manejo clínico”, baseando-se nos ME apresentados pelo médico assistente da Atenção Primária (um ou mais por paciente, conforme boletim de encaminhamento). O primeiro é constituído por pacientes que foram encaminhados para investigar doenças e diagnósticos; enquanto o segundo, para manejo por serviço especializado de comorbidades diagnosticadas previamente (Fluxograma 1). A partir desses dados, foi possível a quantificação da quantidade de casos que tiveram duas ou mais consultas ambulatoriais no período de um ano em relação ao total de primeiras consultas. Também foram quantificados a realização ou não de diagnóstico bem como quais “diagnósticos médicos” (utilizaram-se as

principais síndromes clínicas da amostra); o motivo de encaminhamento (foram contabilizados separadamente cada sintoma e/ou alteração declarada na solicitação de encaminhamento); situação em um ano de seguimento, (incluindo alta médica, outra equipe assistente, erro de encaminhamento, transferência, abandono - se superado limite de ausência após seis meses da data do retorno-, óbito e ativo - mantém acompanhamento). Este último foi subclassificado em “aguarda exames”, “investigação extensa” e em “resolução espontânea do motivo do encaminhamento”. Ainda, observaram-se o número médio de consultas por paciente, o número de interconsultas solicitadas a outras especialidades e o número de internações hospitalares.

Além disso, realizou-se a quantificação de um “índice de inconsistência de encaminhamento” (IIE). Nele foram somadas as altas e as transferências em primeira consulta, além de pacientes que já tinham equipe assistente e de erros de encaminhamentos (registrados, como tal, no sistema de gerenciamento de consultas) a fim de se avaliar os pacientes que não preenchiam critérios médicos para seguimento no ambulatório de Medicina Interna da Santa Casa.

Quantificamos também a “taxa de abandono”, constituída na soma de pacientes que não retornaram em segunda consulta ambulatorial ou se superado limite de ausência após seis meses da data do retorno.



Fluxograma 1. Distribuição dos pacientes.

## Análises estatísticas

A estimativa do tamanho da amostra foi feita utilizando o Intervalo de Confiança (IC) de 95%, no qual seriam necessários 92 prontuários, em um universo aproximado de 120 prontuários de pacientes, uma vez que o ambulatório atende, aproximadamente, cinco “primeiras consultas” por semana. As variáveis categóricas foram comparadas usando o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

## Aspectos éticos e legais

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa envolve informações de procedimentos de rotina, presentes no prontuário dos pacientes. Os pesquisadores assinaram termo de compromisso de confidencialidade para utilização de dados, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa com o número de registro: CAE 82290324.6.0000.5335.

## RESULTADOS

Constavam, no sistema de prontuários, 121 primeiras consultas no período analisado. Destes, 16 pacientes não compareceram à primeira consulta e 12 não foram contabilizados atendendo aos critérios de exclusão. A descrição dos motivos de encaminhamento pode ser encontrada na tabela 1. Portanto, obtivemos 93 pacientes de primeiras consultas que preencheram os critérios de inclusão do estudo. Quanto ao perfil epidemiológico, as características dos pacientes podem ser observados na tabela 2. Ainda, observamos a relação entre o número de comorbidades e a idade dos pacientes na tabela 3.

Tabela 1. Motivos do Encaminhamento

Motivo do encaminhamento	Total (n=110)	%
Miscelânea	18	16,3
Dor	15	13,6
Perda ponderal	13	11,8
Alteração de exame de imagem	10	9,0
Acidente Vascular Cerebral prévio	9	8,0
Linfonodomegalias	8	7,2
Citopenias	8	7,2
Sintomas cutâneos	7	6,3
Edema	6	5,4
Multicomorbidades	5	4,5
Alteração de sistema gastrointestinal	5	4,5
Doença reumatológica	3	2,7
Tontura	3	2,7
Não esclarecido	1	0,1

Do total de pacientes, 31 não tiveram seguimento: 19 pacientes não retornaram em segunda consulta agendada, cinco receberam alta médica já em primeira consulta, um foi transferido, três já tinham equipe assistente, dois vieram a óbito antes de uma segunda consulta e um foi classificado como “erro de encaminhamento”. Este último consta em prontuário encaminhamento para Cirurgia Bariátrica, não Medicina Interna. Portanto, o índice de inconsistência de encaminhamento (IE) obtido foi de 12,9%.

Ademais, observou-se que somente 62 pacientes tiveram duas ou mais consultas (66,6%), mantendo assim seguimento ambulatorial. A sua maioria (53) foram classificados como “investigativo” e aproximadamente metade deles (26) recebeu diagnóstico médico (Tabela 4). Dentre aqueles sem diagnóstico (27) ao final de um ano de acompanhamento, 12 (44%) aguardavam exames, cinco tiveram resolução espontânea do quadro que levou ao encaminhamento, três foram transferidos para outra especialidade, três abandonaram acompanhamento e três tiveram diagnóstico inconclusivo após extensa investigação.

Dos 53 pacientes do grupo investigativo, 27 ainda receberam um ou mais diagnósticos secundários ou não relacionados com o motivo do encaminhamento, sendo hipovitaminoses (de vitaminas D e/ou B12) o diagnóstico mais comum (11 pacientes)

Quanto aos pacientes classificados como “manejo clínico”, totalizados em nove, seis tiveram novos diagnósticos durante o seguimento, sendo eles: dois pacientes com doença renal crônica, um com anemia, um com deficiência de vitamina B12 e hipotireoidismo, outro com depressão e outro com obesidade. A condição dos 62 pacientes acompanhados durante um ano pode ser vista no gráfico 1.

O número médio e mediana de consultas por paciente no período analisado, foram 2,79 e três, respectivamente. Foram solicitadas 33 interconsultas, sendo 31 no grupo “investigativo” e duas no “manejo clínico”. Ainda, nove internações hospitalares advindas do grupo “investigativo” foram realizadas via Serviço de Emergência, considerando que as equipes de medicina interna da Santa Casa de Porto Alegre não dispõem de leitos eletivos.

No grupo investigativo, foi vista também a relação entre as altas médicas e o número de diagnósticos. Observou-se que, em um ano, apenas cinco pacientes receberam alta com diagnóstico estabelecido; cinco tiveram alta sem diagnóstico estabelecido - incluindo por resolução espontânea (quatro) e por investigação

**Tabela 2.** Características dos pacientes

Característica	Número (%)
Sexo masculino	58 (62,4)
Média de idade	60,2
Procedência	
Porto Alegre	47 (50,5)
Região Metropolitana de Porto Alegre	36 (38,7)
Outras regiões	10 (10,8)
Estado civil	
Solteiro	37 (39,8)
Casado	17 (18,3)
Viúvo	11 (11,8)
Divorciado	7 (7,5)
Raça	
Branca	54 (58,1)
Amarela	24 (25,8)
Parda	10 (10,7)
Negra	3 (3,2)
Comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	49 (52,7)
Tabagismo	36 (38,7)
Doença psiquiátrica	32 (34,4)
Diabetes Mellitus tipo 2	30 (32,3)
Dislipidemia	24 (25,8)
Evento vascular prévio	18 (19,4)
Obesidade	17 (18,3)
Hipotireoidismo	13 (14,0)
Etilismo	13 (14,0)
Doença Renal Crônica	9 (9,7)

**Tabela 3.** Distribuição de comorbidades por idade

		Faixa etária (anos)								valor de p
		18 a 39		40 a 59		60 a 74		75 ou mais		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Quantidade de comorbidades	Nenhuma	4	40	5	16,1	3	9,7	0	0	<0,001
	Uma a duas	4	40	17	54,8	10	32,3	8	38,1	
	Três a quatro	1	10	8	25,8	10	32,3	7	33,3	
	Acima de quatro	1	10	1	3,2	8	25,8	6	28,6	

Tabela 4. Diagnósticos no grupo investigativo

Grupo (n)	Diagnósticos sindrômicos relacionados ao grupo investigativos						Sem diagnóstico (%)
	Neoplasias (%)	Doenças autoimunes (%)	Distúrbios hematológicos benignos (%)	Doenças infecciosas (%)	Hipovitaminoses (%)	Miscelânea (%)	
Investigativos (53)	8 (15,0)	4 (7,5)	2 (3,7)	2 (3,7)	1 (1,8)	9 (16,9)	27 (50,9)

### Condição em 01 ano de seguimento

N = 62

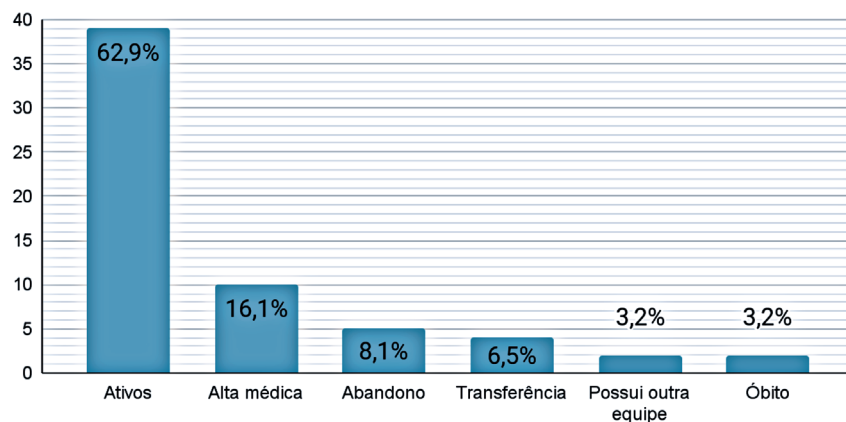


Gráfico 1. Condição dos pacientes ao final de um ano de seguimento.

extensa (um); e as outras cinco altas foram dadas em primeira consulta, como já mencionado. Totalizam 15 altas na amostra de 93 pacientes. Já quanto à taxa de abandono, observou-se que 24 pacientes perderam seguimento por não adesão às consultas, comportando 25,8% da amostra.

## DISCUSSÃO

O encaminhamento a um serviço de especialidade, como a Medicina Interna, depende de uma série de fatores que evidenciam a complexidade desse processo. Ele se inicia com o acesso do paciente à atenção básica, no qual o mesmo pode levar até o médico sua demanda<sup>(1)</sup>. Cabe ressaltar que elas não são exclusivamente médicas: um estudo observou que somente 20% dos encaminhamentos ao serviço especializado tinham esse caráter, enquanto cerca de 76% tinham motivos médicos e não médicos<sup>(7)</sup>. Ainda, o profissional que acolhe esse paciente precisa iniciar o processo de encaminhamento se necessário, o qual é afetado pela sua experiência clínica, pela confiança em manejar casos complexos<sup>(8)</sup>, pela disponibilidade de recursos para continuar a investigação ou tratamento<sup>(7,9)</sup>

e pela presença de protocolos que facilitam a tomada de decisão<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, já foi visto que a ausência de um protocolo de encaminhamento unificado de caráter regional e nacional gera sobrecarga do sistema de saúde, uma vez que não determina quais são os casos elegíveis para encaminhamento. Consequentemente, aumenta-se o tempo de espera e a onerosidade dos serviços terciários<sup>(10,24)</sup>. Com isso em foco, nosso estudo observou uma taxa de 5,3% de pacientes que tiveram alta na primeira consulta e 8% que tiveram resolução espontânea do quadro na chegada ao serviço, evidenciando a provável desnecessidade ou precocidade dos encaminhamentos. Na tentativa de contribuir mais nessa análise quantitativa, a avaliação do IIE nos mostrou que 12,9% da amostra não preenchiam critérios médicos para seguimento no ambulatório de Medicina Interna da Santa Casa.

Depois de realizado o encaminhamento a um serviço de especialidade, outros elementos interferem na sua real efetivação<sup>(11)</sup>. Nesse momento, tem-se o paciente como principal protagonista e que deve estar presente no dia da consulta, contudo fatores como problemas de agendamento, esquecimento<sup>(11)</sup>, distância até o serviço especializado, dificuldade de transporte<sup>(12)</sup>, agravamento

do estado de saúde<sup>(13)</sup> e até mesmo pandemias como a COVID-19<sup>(14)</sup> impactam na presença desses pacientes e conseqüentemente no número de faltas ambulatoriais. No nosso estudo, observamos uma alta taxa de faltas a primeiras consultas (16/109), bem como alta taxa no não seguimento desses pacientes (ausência em segunda consulta - 19/93), o qual pode ser justificado pelos fatores acima referidos.

Quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados ao nosso serviço, nota-se uma predominância de pacientes mais idosos, indo ao encontro da literatura. Isso, pode se justificar, por esse perfil de pacientes possuir maior número de comorbidades, agregando maior complexidade aos casos<sup>(15)</sup>. Nesse sentido, este estudo demonstrou uma correlação linear entre número de comorbidades e idade ( $p < 0,05$ ). Ainda, nota-se uma taxa expressiva de pacientes de cor amarela. Tal achado pode ser um viés de registro, uma vez que depende da autodeclaração de cor e da correta inserção deste dado em prontuário. Quanto ao sexo e ao estado civil, notou-se concordância com os estudos semelhantes relatados, com maior parte da amostra sendo formada por homens e pessoas solteiras<sup>(16-18)</sup>. Observou-se também que a maioria da amostra era procedente de Porto Alegre, município onde o estudo foi realizado. Isso reflete como ocorre a organização das regiões de saúde, destinando as demandas aos centros secundários e terciários de áreas geográficas que compartilham áreas limítrofes<sup>(19)</sup>.

Referente aos hábitos de vida, nosso estudo encontrou taxas quanto ao uso de tabaco e álcool de 38,7% e 14%, respectivamente. Já Xavier *et al* (2021), que analisaram uma amostra de pacientes de um serviço de atenção secundária em Goiânia, Brasil, encontraram taxas de 12,3% de uso de tabaco e 21% de álcool. Dados do Ministério de Saúde apontam que o percentual estimado de tabagistas em 2023 era de 9,3% nas capitais brasileiras e, quanto ao abuso de bebidas alcoólicas, 20,8% da população das capitais havia consumido mais de quatro (mulheres) e cinco doses (homens) nos últimos 30 dias<sup>(20)</sup>. Essa diferença pode ser explicada devido a hábitos populacionais e diferentes culturas em relação ao consumo dessas substâncias em diferentes regiões do país. Em relação a outros hábitos de vida, todavia, encontraram-se poucos dados nos prontuários sobre índice de massa corporal, bem como sobre a prática de atividade física, fatores esses que contribuem para o surgimento de comorbidades<sup>(17)</sup>. Nesse sentido, observa-se ainda uma boa parte da amostra com uma ou mais doenças (88%), sendo as mais prevalentes hipertensão arterial sistêmica, doença psiquiátrica e diabetes mellitus, conjunto que pode estar associado

aos maus hábitos de estilo de vida e também aos motivos de encaminhamento para a atenção secundária em saúde<sup>(17,20)</sup>.

Quando observamos os motivos de encaminhamento presentes na tabela 1 deste estudo, percebe-se que as razões para avaliação da especialidade de MEI são variadas. Nesse sentido, cabe-se ressaltar um possível viés de seleção associado ao registro, já que os ME estão descritos conforme a informação fornecida pelo médico assistente da atenção primária no sistema de gerenciamento online de consultas. Assim, há a possibilidade de terem sido registrados apenas os sintomas mais limitantes/importantes do paciente e não todos motivos que motivaram o encaminhamento. Ainda, observou-se maior porcentagem (16%) de casos pertencentes ao grupo miscelânea, fato que pode estar atrelado à grande abrangência da especialidade de MEI<sup>(9)</sup> e também a não existir um protocolo específico de encaminhamento. Motivos como dor, perda ponderal e alteração de exame de imagem foram outros três grupos com maiores incidências, evidenciando o caráter investigativo da especialidade. Contudo, quando comparado aos dados que se tem em literatura, não observamos as mesmas demandas: condições cardíacas, respiratórias e abdominais estão entre as com maiores taxas de encaminhamento à especialidade<sup>(21,22)</sup>. Um dos motivos que explicam essa discrepância pode ser o fato de que, no Rio Grande do Sul, já existem consolidados protocolos que abrangem e direcionam essas demandas para suas respectivas especialidades, cardiologia, pneumologia e gastroenterologia criados a partir do TelessaúdeRS-UFRGS, um núcleo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul<sup>(23)</sup>.

Outro dado importante de ressaltar são os dois óbitos que não chegaram a ter seguimento em nosso serviço. Isso pode alertar para um possível atraso no encaminhamento, que pode culminar em um agravamento de saúde, como já evidenciado na literatura<sup>(24)</sup>.

O número médio de consultas (2,8) durante um ano de acompanhamento, bem como o número de interconsultas (33) e transferências (cinco), correlaciona-se com o esforço de realizar diagnósticos e tratamentos, pois a visão multidisciplinar de casos clínicos melhora a precisão diagnóstica e otimiza o plano terapêutico<sup>(25)</sup>. Observamos ainda que a principal especialidade referenciada foi a cirurgia oncológica (seis), com vistas a procedimento de confirmação diagnóstica.

A realização do diagnóstico pode ser complexo e desafiador devido a fatores como barreiras linguísticas, literacia do paciente em saúde<sup>(26)</sup>, limitações de recursos - como disponibilidade exames de imagem -, doenças raras, apresentações atípicas<sup>(27)</sup> e o próprio conhecimento médico<sup>(28)</sup>. Quando se avalia tempo de espera para exames via SUS, por exemplo, dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, apontam que a mediana de dias para a realização de uma ressonância magnética e tomografia computadorizada por pacientes de baixa prioridade chega a 484 e 391, respectivamente<sup>(3)</sup>. Assim, torna-se natural que o processo diagnóstico dos pacientes acompanhados em serviços especializados do setor público esteja sujeito a atrasos que implicam em possivelmente agravo das condições de saúde da população<sup>(24)</sup>. Em nosso estudo, observamos que cerca de metade dos pacientes que seguiram o acompanhamento de um ano não tiveram diagnóstico, sendo que a maior parte deles (12) aguarda por exames para elucidação do caso. Apesar disso, também é fator essencial no cuidado assistencial, a responsabilidade e o compromisso do paciente com sua saúde. A taxa de abandono de seguimento vista neste estudo foi 25,8%, constituindo um contingente expressivo da amostra. Nesse sentido, as faltas em consulta médica também atrapalham o seguimento clínico assim como o diagnóstico de comorbidades<sup>(29)</sup>, já limitado pela disponibilidade de recursos em um sistema de saúde tão complexo quanto o SUS.

## CONCLUSÕES

Este estudo revelou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes encaminhados ao ambulatório especializado de Medicina Interna da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Observa-se uma população predominantemente idosa, com múltiplas comorbidades e que tem diferentes diagnósticos durante o seu acompanhamento, com destaque para as neoplasias, doenças autoimunes, distúrbios hematológicos benignos e hipovitaminoses ao longo de um ano.

Ademais, a média de consultas por paciente, o número de interconsultas, a taxa de abandono e o índice de inconsistência de encaminhamento (IIE) indicam a alta complexidade dos casos assim como os desafios na adesão aos cuidados médicos e na adequação dos encaminhamentos a partir da Atenção Primária.

A compreensão desse perfil epidemiológico e clínico pode orientar a alocação mais eficiente de recursos humanos e financeiros, contribuindo para a otimização da assistência em saúde no âmbito da atenção secundária no SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
3. Porto Alegre. Transparência. Prefeitura de Porto Alegre, [2025]. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/transparencia>. Acesso em: 11 jan. 2025.
4. Gercon. Solicitação de consultas especializadas 2023. Disponível em: <https://dadosabertos.poa.br/dataset/gercon-gerenciamento-de-consultas/resource/ab48ad6a-846e-4adc-866e-f18c094cd784>. Acesso em: 14 mai. 2024.
5. Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2025. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/protocolos-de-encaminhamento>. Acesso em: 11 jan. 2025.
6. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. TelessaúdeRS-UFRGS: materiais e protocolos. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, [2025]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: 11 jan. 2025.
7. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med.* 1999 May;14(5):281-6. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00324.x. PMID: 10337037; PMCID: PMC1496579.
8. Schreiner A, Mauldin P, Zhang J, Marsden J, Moran W. Referrals and the PCMH: how well do we know our neighborhood? *Am J Manag Care.* 2016 Nov;22(11):721-725. PMID: 27870544.
9. Borowsky SJ, Rubenstein LV, Skootsky SA, Shapiro MF. Referrals by general internists and internal medicine trainees in an academic medicine practice. *Am J Manag Care.* 1997 Nov;3(11):1679-87. PMID: 10178466.
10. Maghsoud-Lou E, Christie S, Abidi SR, Abidi SSR. Protocol-Driven Decision Support within e-Referral Systems to Streamline Patient Consultation, Triage and Referrals from Primary Care to Specialist Clinics. *J Med Syst.* 2017 Sep;41(9):139. doi: 10.1007/s10916-017-0791-7. Epub 2017 Aug 1. PMID: 28766103.
11. Guzek LM, Fadel WF, Golomb MR. A Pilot Study of Reasons and Risk Factors for "No-Shows" in a Pediatric Neurology Clinic. *J Child Neurol.* 2015 Sep;30(10):1295-9. doi: 10.1177/0883073814559098. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25503257.
12. McGrath L, Patel K, Colina Garcia I, Shalen E, Burton Y, Khan A. Factors Associated With Nonattendance at the Adult Congenital Heart Disease Clinic. *Am J Cardiol.* 2023 Aug 15;201:247-251. doi: 10.1016/j.amjcard.2023.06.014. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37393726.
13. Zykienė B, Kalibatas V. Evaluating the reasons for nonattendance to outpatient consultations: is waiting time an important factor? *BMC Health Serv Res.* 2022 May 9;22(1):619. doi: 10.1186/s12913-022-08033-y. PMID: 35534875; PMCID: PMC9082880.
14. Ayele TA, Alamneh TS, Shibri H, Sisay MM, Yilma TM, Melak MF, et al. Effect of COVID-19 pandemic on missed medical appointment among adults with chronic disease conditions in Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2022 Oct 4;17(10):e0274190. doi: 10.1371/journal.pone.0274190. PMID: 36194566; PMCID: PMC9531804.
15. Kostev K, Stapf M, Konrad M. Prevalence and associated factors of referrals to hospitals in Germany: A retrospective study including 2,050,453 patients. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2021 Apr;59(4):315-321. doi: 10.5414/CP203851. PMID: 33355086.
16. Vasconcelos GMT, Santos GKBB, Santos ACFS, Silva JOM, Santos ES. Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos em um ambulatório público de cuidados com feridas complexas. *Anais Congresso Internacional de Enfermagem; 2019; Sergipe, Unit, 2019*

17. Peixe M, Carvalho DL, Menotti AF, Soares JG, Jardim NA, Casalenuovo PR. Perfil epidemiológico do Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil da Clínica Integrada do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). Caderno de Publicações Univag, v. 10, p. 4-14, 2019.
18. Xavier OE, Valente Filho CC, Assunção Dias JH, da Silva Rêgo R, Canevari Dutra da Silva R, Silva Guerra H. Perfil dos pacientes atendidos em um ambulatório universitário de especialidades. SaudColetiv (Barueri) [Internet]. 4º de outubro de 2021 [citado 1º de fevereiro de 2025];11(68):7589-602. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1833>
19. Estado Do Rio Grande Do Sul. Regionalização em Saúde. Secretaria de Saúde [2025]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/ageplan-regionalizacao>. Acesso em: 29 mar. 2025.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.
21. Duckitt R, Palssson R, Bosanska L, Dagna L, Durusu TM, Vardi M. Common diagnoses in internal medicine in Europe 2009: a pan-European, multi-centre survey. Eur J Intern Med. 2010 Oct;21(5):449-52. doi: 10.1016/j.ejim.2010.06.012. Erratum in: Eur J Intern Med. 2012 Oct;23(7):e177. Roger, Duckitt [corrected to Duckitt, Roger]; Runolfur, Palssson [corrected to Palsson, Runolfur]; Lenka, Bosanska [corrected to Bosanska, Lenka]; Lorenzo, Dagna [corrected to Dagna, Lorenzo]; Mine, Durusu Tanriover [corrected to Durusu, Tanriover Mine]; Mo. PMID: 20816603.
22. Verma AA, Guo Y, Kwan JL, Lapointe-Shaw L, Rawal S, Tang T, et al. Prevalence and Costs of Discharge Diagnoses in Inpatient General Internal Medicine: a Multi-center Cross-sectional Study. J Gen Intern Med. 2018 Nov;33(11):1899-1904. doi: 10.1007/s11606-018-4591-7. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30054888; PMCID: PMC6206337.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 out. 2011. Seção 1, p. 55.
24. Arhi CS, Burns EM, Bottle A, Bouras G, Aylin P, Ziprin P, et al. Delays in referral from primary care worsen survival for patients with colorectal cancer: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2020 Jun 25;70(696):e463-e471. doi: 10.3399/bjgp20X710441. PMID: 32540874; PMCID: PMC7299547.
25. Guler SA, Scheschkowski T, Renner A, Kämpf L, Gasser M, Maurer B. Interdisciplinary diagnosis and management of patients with interstitial lung disease and connective tissue disease. Chest, v. 166, n. 2, p. 352-361, ago. 2024. doi: 10.1016/j.chest.2024.02.045.
26. Joseph MM, Mahajan P, Snow SK, Ku BC, Saidinejad M. Optimizing Pediatric Patient Safety in the Emergency Care Setting. Pediatrics. 2022 Oct 3;150(5). doi: 10.1542/peds.2022-059673.
27. Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care--a systematic review. Fam Pract. 2008 Dec;25(6):400-13. doi: 10.1093/fampra/cmn071. Epub 2008 Oct 7. PMID: 18842618.
28. Pisciotta W, Arina P, Hofmaenner D, Singer M. Difficult diagnosis in the ICU: making the right call but beware uncertainty and bias. Anaesthesia. 2023 Apr;78(4):501-509. doi: 10.1111/anae.15897. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36633483.
29. Aware-IBD Diagnostic Delay Working Group. Sources of diagnostic delay for people with Crohn's disease and ulcerative colitis: qualitative research study. PLoS One, v. 19, n. 6, p. e0301672, 10 jun. 2024. doi: 10.1371/journal.pone.0301672.