①

ESTUDO DO PROCESSO DE REFERÊNCIA A UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

NEIDE FÁVERO

SÃO PAULO, 1986

ESTUDO DO PROCESSO DE REFERÊNCIA A UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Neide Fávero

*Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, Departamento de
Prática de Saúde Pública, para
obtenção do título de doutor.*

Orientador: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

SÃO PAULO
1986

*Fiel a um passado, mas olhando para o futuro,
ele soube transcender sua época, traçando-nos
uma trajetória segura. Serenamente corajoso ,
investiu, animou, colheu...*

*ã sua memória, a realiza-
ção deste trabalho, meu pai.*

À Eliza, minha mãe, pela constante dedicação,
mensagem de amor, manifestação de apoio e con
fiança.

À Elsa, minha irmã, que sempre esteve disponí
vel nos ouvindo e apoiando, durante o decorrer
do nosso trabalho.

Ao Manildo, meu irmão, pela incansável paciência, estímulo, carinho e compreensão, nos momentos mais difíceis, que ao lado de Rachel, sua esposa, souberam nos oferecer, ao longo de nosso trabalho, um caloroso acolhimento.

Nossa gratidão e respeito ao Prof.Dr.
Djalma de Carvalho Moreira Filho, pe-
la orientação e assessoria estatísti-
ca deste trabalho, por sua disponibi-
lidade, interesse e amizade com que
sempre nos recebeu.

AGRADECIMENTOS

À Profa.Dra. Emília Luigia Saporiti Angerami, Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, por sua marcante presença em nossa vida universitária.

À Profa.Dra. Nílza Teresa Rotter Pelá, Chefe do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, o nosso reconhecimento pelo estímulo e apoio no decorrer deste trabalho.

Ao Prof.Dr. Cid Guimarães, Coordenador do Curso de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública-USP, pelo apoio e atenção dispensada durante a execução da presente investigação.

Ao Prof.Dr. Jarbas Leite Nogueira, Diretor Técnico da Regional de Saúde de Ribeirão Preto, pelas valiosas sugestões.

Ao Prof.Dr. José Carlos Seixas e à Profa.Dra. Maria de Lourdes Rodrigues, que foram os primeiros orientadores formais deste estudo.

À docente Yolanda Dora Martinez Évora e colegas da Área de Ensino de Administração Aplicada à Enfermagem:

Janete Rodrigues da Silva Nakao

Elizabeth Laus

Maria Auxiliadora Trevizan

Maria Luiza Anselmi

Maria Helena Palucci Marziale

Marcia Maria Fontão Zago

que se revezaram em relação às atividades didáticas, estimulando-nos e permitindo-nos tempo para a finalização desta pesquisa.

Às monitoras da Área de Ensino de Administração Aplicada à Enfermagem, Maria Helena Palucci, Adriana de Paula Congro, Janete Aparecida Bariani e..., que se mantiveram ao nosso lado como entrevistadoras, coletando e tabulando dados.

À Maria Tereza Romão Pratali, Diretora do Serviço de Enfermagem do Ambulatório do Hospital das Clínicas, bem como à Assistente Social, Regina Márcia Rodrigues Paschoalin pelas informações concedidas, no decorrer de nosso trabalho.

Aos funcionários do Hospital das Clínicas, Maria Goulart V. L. Almeida, Vera Lúcia M. Morandini, Maria Aparecida Ferreira, Airton Antonio Marin, Norberto Francisco Petersen, Maria Eulália L. D. Dallora, Antonio Primo Danielli, Nilton M. Carvalho e Maurílio Calman, que se dispuseram a colaborar com nossas atividades, oferecendo-nos o melhor de seu tempo.

À Bibliotecária Daisy Pires Noronha, da Faculdade de Saúde Pública-USP, por sua valiosa orientação técnica sobre as referências bibliográficas.

À Maria Cecília Moraes Scatena, pelo seu apoio amigo e solidariedade, nos momentos difíceis, ligados ou não ao processo de elaboração desta tese.

I N D I C E

	Pag.
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS.....	16
3. MATERIAL E MÉTODO	18
3.1. <i>Características do Hospital</i>	19
3.1.1. <i>Descrição</i>	19
3.1.2. <i>Documentação exigida</i>	20
3.1.3. <i>Fluxograma</i>	21
3.2. <i>Estudo Piloto</i>	24
3.3. <i>Seleção do período do ano</i>	26
3.4. <i>População estudada</i>	26
3.4.1. <i>Critério de inclusão</i>	26
3.4.2. <i>Procedimento para individualização</i> <i>do paciente</i>	27
3.5. <i>Instrumentos para coleta de dados</i>	28
3.5.1. <i>Técnica de coleta de dados</i>	28
3.5.1.1. <i>Pacientes observados na pes-</i> <i>quisa, não registrados no</i> <i>sistema hospitalar</i>	30
3.5.2. <i>Descrição da ficha de investigação</i>	30
3.6. <i>Bases conceituais e definições de termos</i> ..	39
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1. <i>Informações gerais</i>	43
4.2. <i>Dados pessoais dos pacientes</i>	45
4.3. <i>Procedência dos pacientes</i>	49
4.4. <i>Tempo decorrido entre o aparecimento dos pri-</i> <i>meiros sinais e sintomas e a procura do Hos-</i> <i>pital das Clínicas</i>	51
4.5. <i>Utilização de outros serviços</i>	63
4.6. <i>Motivo da demanda</i>	66
4.7. <i>Dados relativos ao encaminhamento</i>	77
4.8. <i>Assistência prestada pelo Hospital das Clí-</i> <i>nicas</i>	86

Pag.

4.9. Hipótese diagnóstica.....	94
5. CONCLUSÕES	107
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
7. ANEXOS	

RESUMO

Com o objetivo de estudar o processo de referência de pacientes que procuram um Hospital Universitário, pela primeira vez e analisar algumas características destes pacientes e as inter relações entre a localização do domicílio, a utilização de outros serviços, as dificuldades e facilidades apresentadas pelos pacientes, para procurar o Hospital, foram investigados todos os pacientes que procuraram um Hospital Universitário. O trabalho foi realizado no período de cinco semanas de outubro e novembro de 1983, a saber: de 3 a 7, 17 a 21 e 24 a 27 de outubro e de 7 a 11 e 21 a 25 de novembro.

Através de entrevistas foi preenchido um formulário com questões sobre características do paciente tais como: sexo, idade, nível de instrução, ocupação, local de residência, gravidade dos sinais e sintomas que os levaram a procurar o Hospital, motivo da demanda, distância do domicílio ao Hospital, utilização de outros serviços, tipos de encaminhamento.

A hipótese diagnóstica foi obtida do prontuário do paciente, após a consulta.

Foram estudados 1.601 pacientes, sendo 59,53% do sexo feminino e 40,47% do sexo masculino. A maior concentração de pacientes pertence ao grupo etário de 15 a 24 anos (24,49%), seguido pelo de 25 a 34 anos (17,86%).

O nível de instrução mostrou-se bastante baixo, uma vez que, 54,63% tinha o primeiro grau incompleto e 30% analfabetos.

A ocupação que apareceu com maior frequência foi

as donas de casa (43,94%), seguida pelos agricultores (15,51%), trabalhadores dos serviços dos desportos e das diversões (13,64%).

Como Hospital Regional 46,34% dos pacientes procedem da região de Ribeirão Preto e 37,48% do próprio município, onde está localizado. A procedência de pacientes na zona rural aumenta proporcionalmente, em relação à urbana à medida que se afasta do município de Ribeirão Preto.

De maneira geral, os pacientes da zona urbana procuram mais precocemente o Hospital, quando residem mais próximo dele.

A maioria dos pacientes que residem próximo e procuram o Hospital é portador de sinais e sintomas considerado leve, aumentando a proporção de sinais e sintomas graves entre os pacientes que residem mais distantes do Hospital.

32,57% dos pacientes portadores de sinais e sintomas leves e 25,12% dos portadores de sinais e sintomas graves não procuraram outro serviço, antes de demandarem ao Hospital e informaram não ter procurado outro serviço, por falta de recursos para pagar assistência médica e não confiar no Centro de Saúde.

Dentre os pacientes que procuram outros serviços antes, apenas 54,40% foram referidos para o Hospital e 87,36% destes não receberam orientação para, após o atendimento no Hospital, retornarem a seu serviço de origem.

O fluxo de pacientes ao Hospital diminuiu paulatatinamente, no decorrer da semana.

As doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos ocupam o primeiro lugar entre as hipóteses diagnósticas dos pacientes que procuram o Hospital, pela primeira vez.

Dos 1601 pacientes atendidos, 14,74% não foram re

gistrados, conforme rotina estabelecida pelo Hospital, podem do gerar estatísticas imperfeitas.

O estudo do processo de referência ao Hospital mostrou-se importante para o conhecimento das características dos pacientes, das inter relações com os outros serviços e das peculiaridades própria do Hospital, como subsídio para organização da assistência à saúde.

S U M M A R Y

With the objective to study the process of referral of patients who look for a University Hospital for the first time and to analyze some characteristics of these patients and the interrelationships between the location of their homes, the use of other services and the difficulties or the facilitation met by the patient to contact the hospital, all the patients who looked for a University Hospital were investigated. The study was conducted over a period of five weeks from October 3 to 7, 17 to 21 and 24 to 27 and from November 7 to 11 and 21 to 25, 1983.

Each patient was interviewed and a form was filled out with answers to questions of the characteristics of the patient such as sex, age, level of education, occupation, place of residence, seriousness of the signs and symptoms that led him to look for the Hospital, reason for the demand, distance of the residence from the Hospital, type of referrals.

The diagnostic hypothesis was taken from the patient's medical record after his medical visit.

A total of 1601 patients were studied; 59.53% were women and 40.43% were males. Most patients were concentrated in the 15 to 24 year age range (24.49%), followed by the 25 to 34 year age range (17.86%).

The level of education was quite low, since 54.63% had not completed elementary school and 30% were illiterate.

The most frequent types of occupation were: housewife (43.94%), followed by rural workers (15.51%) and by workers in supports and amusement services (13.64%).

Since this is a Regional Hospital, 46.34% of the

patients were from the Ribeirão Preto region and 37.48% from the town itself in which the Hospital is located. The origin of patients from the rural zone increased proportionally in relation to the urban zone with the distance from Ribeirão Preto.

In general, the patients from the urban zone look earlier for the Hospital when they live closer to it.

Most of the patients living close to the Hospital had signs and symptoms considered mild, with an increase in the proportion of serious signs and symptoms among the patients who live farther away from the Hospital.

32.57% of the patients with mild signs and symptoms and 25.12% of the patients with serious signs and symptoms did not look for any other service before contacting the Hospital and informed that they had not looked for other services because of lack of money to pay for medical assistance and because they did not trust the health center.

Among the patients who had previously looked for other services, 54.40% were referred to the Hospital and 87.36% of these did not receive guidance to return to the original service after being attended at the Hospital.

The flow of patients to the Hospital decreased little by little with each passing week.

Diseases of the nervous system and of the sensory organs occupied first place among the diagnostic hypotheses for the patients who looked for the Hospital for the first time.

Of 1601 patients attended, 14.74% were not registered according to the routine established by the Hospital, a fact that may give rise to imperfect statistics.

The study of the process of referral to the Hospital proved to be important in terms of learning about the characteristics of the patients, the interrelationships with the other services and the peculiarities of the Hospital, as an aid in organizing health assistance.

1. INTRODUÇÃO

À medida que o homem avança em seu conhecimento científico, novas descobertas são feitas, surgindo campos de especialização e nova tecnologia.

No seu sentido mais amplo, define-se tecnologia como os processos padronizados, utilizados para se atingir um objetivo ou resultado pré-determinado³⁵.

Para CAMACHO⁸, "a tecnologia organizacional constitui o conjunto de técnicas empregadas pelos recursos humanos de um dado sistema, obedecendo a uma determinada forma de interação, no processo de transformação de recursos em resultados".

Desta forma, a tecnologia moderna tem o efeito de diminuir os custos de produção, reduzindo a necessidade de utilização de recursos humanos, enquanto que, no setor saúde, ocorre o inverso, ou seja, ela aumenta a necessidade quantitativa e qualitativa destes recursos, encarecendo os custos das ações³⁴.

Assim sendo, a evolução dos progressos tecnológicos no sistema de assistência à saúde, tem apresentado gastos elevados, em parte supérfluos, particularmente nos hospitais e não tem sido acompanhada de melhoria significativa nos níveis de saúde da população^{40,72}. Com os progressos da tecnologia e das ciências da saúde, o mundo dispõe de vasto cabedal de conhecimentos nessa área, que não estão sendo aplicados em benefício de todos, embora a saúde seja uma necessidade básica.

A conferência de Alma-Ata, em 1978, reafirma enfaticamente que "a saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença

ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde"¹⁶.

O tratamento hospitalar é dispendioso no mundo todo, portanto, há necessidade de se encontrar métodos eficazes de reduzir o seu custo, se possível, com o tratamento ambulatorial, evitando-se a internação do paciente¹.

"O papel relevante do ambulatório e de seu correlacionamento com o Hospital" foi enfatizado por ABEL-SMITH, B. citado por GUIMARÃES ³⁰, que relata ter sido "uma das primeiras manifestações, senão a primeira, de integrar, reunindo o ambulatório à internação, de forma coerente e harmônica".

No ano de 1975, os gastos do INPS com internações hospitalares em todo o Brasil corresponderam a 72% das despesas de saúde daquela instituição⁵.

Com o grande estímulo à assistência médica sofisticada, em detrimento das ações básicas de saúde, o INAMPS, em 1981, gastou vinte e dois bilhões de cruzeiros em tratamento de hemodiálise e pontes de safena; por outro lado, o setor público gastou apenas vinte bilhões de cruzeiros nos serviços básicos de saúde e nas atividades de controle de doenças transmissíveis. Em contrapartida, em 1984 o INAMPS dispendeu, em tratamento no exterior, cerca de vinte e oito bilhões de cruzeiros, ou seja, 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das Secretarias de Saúde, para cobertura de 60 milhões de pessoas ⁴⁸.

Nota-se uma preocupação universal com a racio-

nalização* dos meios de assistência à saúde, com o propósito de controlar os custos e de proporcionar uma melhor assistência ao paciente³⁶. GONÇALEZ²⁸, salienta que "... a) houve um crescimento de 50% nos custos da assistência médica, no Japão, de 1974 a 1980; b) houve uma evolução do Produto Nacional Bruto (PNB) no Canadá, de 4,2% em 1968 para 7,8% em 1980; c) houve um gasto de 278 bilhões de dólares com assistência médica nos Estados Unidos, em 1980, significando 10% do total do PNB; d) no Brasil gastávamos 5% do PNB com a assistência médica, em 1978".

É válido registrar ter havido um decréscimo significativo em relação aos dispêndios públicos federais, no período de 1980/83, representando 25%. Sabe-se que estes gastos não foram destinados às áreas prioritárias, cabendo maior parcela ao atendimento hospitalar¹⁵.

A incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde tem sido uma reivindicação dos setores técnicos, há muito tempo, como forma de unificar as ações de saúde individuais e coletivas, avançando na universalização e equidade do sistema de saúde^{15,19,44}. No entanto, RODRIGUES NETO⁶⁶ salienta a complexidade deste processo, em função da máquina administrativa e burocrática de cada uma das duas instituições, podendo atrapalhar ou até mesmo impedir o avanço funcional de determinados projetos em andamento.

Segundo PINHEIRO, L.A.F., citado por MALIK, A. M.⁴¹ ressalta que "inúmeras entidades vêm denunciando a política de saúde como antidemocrática e antipopular, que não responde às reais necessidades e aos interesses da maioria da

* De acordo com o Dicionário Ilustrado da Língua Portuguesa, da Academia Brasileira de Letras, racionalização é o "ato ou feito de racionalizar; conjunto de métodos (de técnica e de organização) destinados a assegurar o máximo de economia fisiológica e de material na indústria".

população...". Continua afirmando que "... os serviços de saúde... não têm contribuído para modificações sensíveis no padrão de saúde da população que, ao contrário, agrava-se cada vez mais, pelas precárias condições de vida e trabalho da maioria. Desta forma, impõe-se a necessidade de uma ampla e unitária articulação... (entre os setores)...".

Uma das medidas para controlar os custos, advindos da demanda* espontânea e exacerbada de serviços especializados e de melhorar o padrão de saúde da população é a vinculação da clientela a determinados serviços de assistência primária, sendo que este encaminharia os casos indicados aos níveis secundários e terciários, quando necessário⁷⁵.

Em vista destas razões, a regionalização dos serviços de saúde, como instrumento de organização e administração, contribuirá para a racionalização do atendimento e conseqüentemente a melhoria da saúde da população⁵⁵.

A organização da assistência à saúde, a nível operativo, tende entre nós, a se organizar, segundo níveis de assistência. O conceito de níveis de assistência (usualmente níveis primário, secundário e terciário) parte do princípio de que existe uma relação natural entre a complexidade de uma determinada situação de saúde, e a complexidade dos métodos e recursos necessários, para aten

* "Demanda é uma relação funcional multivariada entre (a) as quantidades de serviços médicos que os membros de uma população desejam consumir em um período relevante de tempo, a determinados níveis de preços dos bens e serviços; (b) dos recursos financeiros; (c) e da intensidade e aspectos psicológicos dos desejos da população, como refletidos pelo gosto e preferência por (todos) os bens e serviços. Difere de necessidade que é a quantidade de serviços médicos que a opinião médica abalizada acredita que deve ser consumida em um determinado período relevante de tempo, a fim dos membros de uma população permanecerem ou tornarem-se sãos como é possível, de acordo com o conhecimento médico existente. E não se confunde com desejo que é a quantidade de serviços médicos que os membros de uma população sentem-se obrigados a consumir em determinado período relevante de tempo, baseado nas próprias percepções psíquicas a respeito de suas necessidades de saúde" (JEFFERS, J.R. et al, citado por GUIMARÃES, C.31).

der tal situação^{10,11,12,58}.

Os níveis de assistência à saúde dependem de cada modelo assistencial ou de cada experiência³⁶. Segundo MENDES⁴⁵, entende-se por modelos assistenciais "as formas como se organizam, em determinados espaços-populações, os serviços de saúde, incluindo diferentes unidades prestadoras - de diversas complexidades tecnológicas - e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas".

Segundo ROEMER, M.I., citado por KISIL³⁶, podemos definir os níveis primário, secundário e terciário da assistência à saúde da seguinte maneira: Nível primário - é onde se desenvolve a assistência por meio de Serviços de Saúde, nos quais se dá o primeiro contato entre o cliente e o sistema formal de saúde. Aí são proporcionados serviços assistenciais, com o objetivo de alcançar a cobertura da população que vive em sua área de influência, quanto à prevenção, promoção e recuperação de saúde. A abrangência demográfica ideal da área para esse nível primário pode variar de 10.000 a 30.000 habitantes; contudo, o que irá determinar o tamanho dessa área programática, é a facilidade de acesso ao serviço, ou seja, o tempo que o cliente necessita para ir de sua casa ao local de atendimento.

Nível secundário - é o escalão em que os serviços são prestados por hospitais de comunidade ou regionais, de 100 a 200 leitos, com a especialidade em serviços médico-cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos. Uma vez que a clientela é referida ao hospital pelos níveis primários de saúde, para este deve retornar, depois de realizada a consulta ou tratamento.

Nível terciário - é o escalão em que a assistência à saúde é mais complexa, é prestada em hospitais gerais que exigem um alto grau de especialização dos recursos

humanos, bem como recursos propedêuticos e tratamentos aprimorados. Este nível, geralmente, está relacionado com os programas de ensino para médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde; os Hospitais-escola, de maneira geral, encontram-se neste nível.

Para que haja integração dos diversos níveis, os serviços de saúde de uma rede devem ser organizados em níveis de complexidade crescente e devem estar articulados funcionalmente, procurando-se evitar, desta forma, demanda desigual e duplicidade de serviço que contribuem para o desperdício e encarecimento da atenção à saúde.

PELÁ⁵⁴, no trabalho realizado em um município paulista, sobre Estudo da Assistência Pré-Natal, concluiu que "há uma super-utilização dos recursos oferecidos à comunidade e que 44,6% dos pacientes estudados, utilizaram mais de um recurso, de modo concomitante". Acredita-se que talvez isto ocorra, porque o paciente confia em que esta atitude lhe garanta um tratamento mais adequado.

Com a finalidade de facilitar a integração, a regionalização é utilizada como um meio de administração, destinado a contribuir para a ordenação dos recursos de saúde existentes em uma área geográfica determinada. Desta forma num sistema de assistência à saúde, oferecido a uma população definida, com o propósito de diminuir a morbidade e mortalidade evitáveis²⁹, a regionalização poderá contribuir para a efetiva integração dos serviços e racionalização dos recursos.

Na assistência médica brasileira, até a década de 30, predominava o modelo liberal-privado. Através das transformações econômicas e políticas ocorridas nesta época, houve maior interferência do Estado no setor social. Com o desenvolvimento da urbanização e industrialização, aparecem alguns setores que, devido à sua importância econômico-políti-

ca, passam a exigir do Estado atenção para com seus direitos de cidadania, dentre eles o direito à saúde. Surge a legislação trabalhista e a criação da previdência social, como marcos iniciais de interferência efetiva do Estado na assistência médica⁷³.

Em anos recentes, "a incorporação de contingentes, cada vez mais amplos, da população ao processo productivo, com aumento da pressão de demanda, bem como a predominância de interesses de grupos minoritários, ligados ao chamado complexo médico-industrial, agravam distorções já existentes, tais como a má distribuição de recursos, alto custo e baixa cobertura dos serviços, além da manutenção da dicotomia entre ações de saúde de alcance coletivo e individual"⁷³.

O Plano Decenal para as Américas, resultante da III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 1972, propõe para a década de 70 a extensão de cobertura das ações de saúde, principalmente para as áreas rurais, mediante a regionalização dos serviços⁶⁴.

Reconhecendo a importância desta proposição, o governo brasileiro deu atenção especial ao planejamento global e à organização do desenvolvimento e aperfeiçoamento do setor saúde, iniciando a estruturação de um Sistema Nacional de Saúde, com a promulgação da Lei nº 6.229, em 17 de julho de 1975, que dispõe sobre esse sistema, favorecendo o desenvolvimento dos programas de extensão de cobertura que definem os grandes parâmetros organizacionais. Destaca-se, também, a esse respeito, o decreto de criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, que objetivou a interiorização dos serviços de saúde^{20,61}.

A IV Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, em 1977, reafirma o propósito anterior de extensão de cobertura dos serviços básicos a toda a população, dando prioridade aos grupos populacionais rurais e às populações urbanas marginalizadas, a partir das "Estratégias de Atenção Primária à Saúde e Participação da Comunidade" ⁶⁵.

Na Conferência Internacional da OMS, sobre Assistência Primária de Saúde, em Alma-Ata, realizada em 1978, além da assistência primária, foram considerados também os princípios de hierarquização e integração dos serviços, a regionalização, a utilização dos recursos disponíveis e a participação comunitária ⁴³.

No Brasil, as (V, VI e VII) Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em Brasília, tiveram incluídas em seus temas básicos, respectivamente: a extensão das ações de saúde às populações rurais (1975), a interiorização dos serviços de saúde por meio do PIASS, na região do Nordeste (1977) e a extensão das ações de saúde, através dos serviços básicos de saúde, constituindo o Programa Nacional prioritário e axial da política de saúde do governo (1980) ^{4, 39, 60, 70, 76}.

A assistência à Saúde no Brasil, até o momento, está em processo de sistematização. Após a Lei nº 6.229, de 1975, tentou-se a implantação do Sistema Nacional de Saúde para o território brasileiro.

Na década de 70, alguns planos locais e regionais foram implantados em nosso país, como é o caso do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), dos programas de extensão de cobertura desenvolvidos em Montes Claros, Londrina e Campinas, dentre outros ⁶⁷. Em 1981, foram elaborados projetos ligados ao chamado PREV-SAÚDE, prevendo em pormenores, a implantação de um sistema de saúde no

Brasil, com ênfase na assistência primária⁵⁹. Este projeto não se concretizou.

Com a crise financeira da Previdência Social, vinda à tona em 1981, buscaram-se medidas de controle e racionalização visando ao sistema de saúde em geral e em particular para o subsistema previdenciário. Nesta época, foi criado pelo Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981, o "Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária" (CONASP).

Diagnosticada a situação, o Conselho propôs um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social^{26, 47, 50, 57, 74}. O Plano do CONASP também baseou-se nos resultados dos estudos realizados por ocasião do lançamento do PREV-SAÚDE.

Os pontos principais deste Plano de Reorientação de Assistência à Saúde são os seguintes⁴⁷:

- *"prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado represente a verdadeira porta de entrada para o sistema;*
- *integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural;*
- *utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela;*
- *estabelecimento efetivo de níveis e limites orçamentários, para a cobertura assistencial, ajustando os*

seus programas às condições reais da economia nacional;

- *administração descentralizada dos recursos previstos;*
- *reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada, na prestação da assistência;*
- *estabelecimento de critérios mais racionais para a prestação de serviços médicos, não só pelas instituições ou médicos privados, mas também pelos próprios estabelecimentos ou servidores públicos, com vistas à melhoria das condições de atendimento;*
- *simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros, com necessário controle pelos órgãos públicos;*
- *racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado, assim como de tratamento fora de domicílio ou do país, com a criação dos Centros de Referência para a prestação de tais serviços;*
- *implantação gradual da reforma, num prazo útil, que permita, entretanto, reajustes eventuais". (grifos da autora).*

Em consonância com as diretrizes que nortearam este Plano, a Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN (integrada por representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Saúde e, mais recentemente, do Ministério da Educação e Cultura) , criou, além de inúmeros atos normativos, a estratégia denominada "Ações Integradas de Saúde" - AIS².

As Ações Integradas de Saúde vêm estimulando

a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, em suas instâncias de coordenação (Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde - CRIS, Comissão Local Interinstitucional de Saúde - CLIS), com o objetivo, entre outros, de elaborar uma programação operativa anual conjunta.

Segundo o atual Ministro da Saúde (Roberto Figueira Santos) "o momento exige reforçar as Ações Integradas de Saúde como a estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o que irá permitir, nos curto e médio prazos, a superação da atual forma de organização plural e desintegrada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, coloque, sob gestão pública, todas as instituições relacionadas com o setor público integrando-as, em todas as suas atividades e com todos os seus recursos, de modo a que possam responder às necessidades prioritárias da população"^{6 8} (grifos da autora).

A partir de 1985, o tema Direito Universal à Saúde recebeu novo impulso, e, com dimensões ampliadas. O direito universal à saúde não se restringiria, pois, ao âmbito dos serviços de assistência médica e às ações neles desenvolvidas. "A nova visão de saúde exige que o sistema de saúde de esteja integrado com o conjunto dos setores sociais"^{6, 7}.

"Saúde como Direito" foi o tema da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, onde se estabeleceu que "a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária"¹⁸.

Em relação à organização dos serviços do novo

Sistema Nacional de Saúde, obedecer-se-ã os seguintes princípios:

- "descentralização na gestão dos serviços;
- integração das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- *unidade na condução das políticas setoriais;*
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- *participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;*
- *fortalecimento do papel do Município;*
- *introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida" (grifos da autora)¹⁸.*

Algumas destas mudanças têm sido já introduzidas no sistema de saúde de determinadas cidades brasili^lras. Cita-se o exemplo de Curitiba, onde a adoção de um sistema de referência mostrou a redução do volume de casos observados nos níveis secundários e terciários ³⁷, verificando-se que, no Brasil, apesar de existirem instituições que prestem serviços correspondentes à atenção primária, secundária e terciária, praticamente inexistem documentações sobre o sistema de referência e contra-referência dos pacientes atendidos nos três níveis de assistência.

Em Ribeirão Preto o convênio das Ações Integradas de Saúde foi assinado em dezembro de 1984, através do Termo de Adesão Nº 01 da Prefeitura Municipal de Ribeirão Pre

to ao 4º Termo Aditivo do Convênio Nº 7, de 27/10/83, com o objetivo de implantar e executar as Ações Integradas de Saúde no Município de Ribeirão Preto, com ênfase no desenvolvimento dos Serviços Básicos de Saúde. Conquanto se assinalem esforços dos órgãos responsáveis e se concretizem algumas etapas, considera-se que as Ações Integradas de Saúde encontram-se em fase inicial de implantação.

Acionar o funcionamento deste convênio exige a união de esforços de toda máquina administrativa Municipal, Estadual e Federal. Possa esta união resultar em benefícios à região, em curto espaço de tempo.

Percebe-se no Hospital Universitário de Ribeirão Preto, que a demanda é grande, e que pacientes deixam de ser atendidos ou são agendados para época mais longínqua, por falta de vagas.

Parece válido, diante da situação atual, promover estudos que contribuam para esclarecer o estado da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Como ponto de partida, julgou-se conveniente iniciar um estudo neste sentido, numa tentativa de investigar a demanda pelos pacientes que buscam a assistência a um Hospital considerado de nível terciário e, possivelmente, esclarecimentos de fatores significativos que poderão caracterizar essa demanda.

Acredita-se que estudos desta natureza possam oferecer informações sobre a situação atual da integração dos diversos níveis de atenção à saúde, a nível local, informando sobre o seu processo, a sua adequação e sobre os aspectos sujeitos à correção ou ao desenvolvimento. Como afirma KISIL³⁶ "a adoção de um processo de regionalização de ações de saúde, como critério organizacional, implica não só na definição da área geográfica ou política-administrativa, mas

também num prévio conhecimento dos recursos disponíveis na área, e, mais importante que os próprios recursos, são as informações sobre a utilização dos mesmos" (grifos da autora).

Crê-se na possibilidade de tais estudos apresentarem subsídios para o conhecimento da problemática da implantação de um sistema regional de saúde.

2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivos:

- a) *Estudar o processo de referência de pacientes que procuram um Hospital Universitário, pela primeira vez;*
- b) *Analisar algumas características destes pacientes como: sexo, idade, nível de instrução, ocupação, gravidade dos sinais e sintomas, motivo da demanda e hipótese diagnóstica;*
- c) *Conhecer algumas variáveis como, procedência de pacientes, distância de seu domicílio ao Hospital Universitário, utilização de outros serviços, tipo de encaminhamento, feito ao Hospital das Clínicas, tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas referidos pelo paciente e a procura ao Hospital;*
- d) *Observar as inter relações das características dos pacientes, as variáveis que influenciam o processo de referência;*
- e) *Obter informações sobre os mecanismos que leva o paciente a procurar o Hospital, as dificuldades e facilidades apresentadas, no sentido de oferecer subsídios para o planejamento da assistência à saúde.*

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 *Características do Hospital*

3.1.1 *Descrição*

Segundo o Regulamento⁶², o Hospital em estudo é uma autarquia associada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo seu orçamento determinado pelo Governo do Estado de São Paulo.

O Conselho Deliberativo é composto por seis membros titulares e respectivos suplentes, sendo o Presidente o Diretor da Faculdade de Medicina. Os demais membros integrantes do Conselho são docentes dos Departamentos das áreas Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, indicados pela Congregação e designados pelo Governador do Estado, mediante aprovação da Assembléia Legislativa, para um mandato de quatro anos (artigo 7).

O superintendente é nomeado pelo Governador do Estado, mediante prévia aprovação da Assembléia Legislativa, escolhido de uma lista tríplice, proposta pelo Conselho Deliberativo.

A Superintendência é o órgão superior de direção executiva que dirige, coordena, supervisiona e controla as atividades de administração do Hospital (artigo 18).

Caracteriza-se por ser um Hospital-Escola destinado ao ensino e à pesquisa, utilizado por estudantes e profissionais de Medicina, Enfermagem e de outras áreas de saúde. Presta assistência nas diversas especialidades médicas a pacientes provenientes do município onde está localizado, bem como de toda a 6ª Região Administrativa do Estado de São Pau

lo, além de procedentes de outros Estados do Brasil.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo funciona em dois prédios distintos. Um localizado no centro da cidade que atende exclusivamente as urgências, e que, na época do estudo dispunha de 69 leitos, sendo 39 para adultos, 26 para crianças e 5 para Unidade de Queimados. O outro prédio, localizado no Campus Universitário, dotado de 516 leitos e serviços de ambulatório. A presente pesquisa foi desenvolvida com pacientes que procuraram o serviço deste ambulatório.

3.1.2 Documentação exigida

De acordo com a política estabelecida pelo Hospital³², não está previsto o atendimento a pacientes em condições de pagar assistência médica particular e a beneficiários de Institutos Previdenciários (INAMPS, FUNRURAL, IAMSPE e etc.). Por outro lado, de acordo com a Rotina de Atendimento do Serviço Social Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo³³, aos pacientes residentes fora do Município de Ribeirão Preto é exigido também um relatório médico, encaminhando-o ao Hospital das Clínicas, elaborado pelo médico de sua cidade ou região onde reside. Esta conduta objetiva fazer com que o paciente esgote os recursos médicos disponíveis em sua cidade ou região, antes de procurar o Hospital das Clínicas.

Para verificar se o paciente se enquadra nas rotinas do Hospital é feita uma pré-triagem, quando o paciente deve apresentar um ou mais dos seguintes documentos:

- *certidão de nascimento ou casamento;*
- *carteira profissional própria ou da pessoa de quem depende;*

- *cópia da declaração do imposto de renda própria ou da pessoa de quem depende;*
- *outros, conforme a necessidade.*

Após passar pela pré-triagem social, o paciente é submetido à triagem médica, para constatar a real necessidade de atendimento.

A critério do médico da triagem, o paciente pode ser dispensado ou encaminhado para o atendimento. Este serã submetido à triagem social, em seguida, classificado de acordo com a sua situação sócio-econômica.

3.1.3 Fluxograma

A figura 1 apresenta o fluxo dos pacientes que vêm, pela primeira vez, ao ambulatório do Hospital das Clínicas.

Os pacientes chegam ao Hospital e aguardam em fila, na porta da entrada. A partir das 7:00 horas, o porteiro os recebe e encaminha casos de retorno aos respectivos ambulatórios. Os pacientes, de primeira vez, são encaminhados a uma sala de espera próxima ao serviço de pré-triagem social, cujo funcionamento tem início às 7:30 horas. Neste serviço a auxiliar social entrevista os pacientes e verifica a sua documentação, conforme já exposto anteriormente e preenche uma ficha (Anexo 1). Deste serviço, com a respectiva ficha preenchida, todos os pacientes são encaminhados à triagem médica, independente de estarem enquadrados ou não nas rotinas do Hospital. Da triagem médica, os pacientes que, a critério médico, não necessitam de atendimento são dispensados e encaminhados ao serviço social, onde é registrada a sua dispensa. Aqueles, que a critério do médico, necessitam tratamento, mas, não se enquadram nas rotinas do Hospital, recebem orientações terapêuticas e são encaminhados ao servi-

ção social, que registra o motivo da dispensa e os orienta quanto ao serviço médico disponível, a ser procurado.

Os pacientes que se enquadram nas rotinas do Hospital, conforme registro da pré-triagem social e que, a critério médico, precisam de atendimento, são encaminhados pela triagem médica ao serviço social, onde se realiza a entrevista para classificação sócio-econômica e, em seguida, ao Setor de Registro, a fim de receber o número de registro no Hospital, abertura do prontuário e, logo após, atendimento no respectivo ambulatório, se for paciente de clínica médica.

Os casos que, segundo a triagem médica, requerem atendimento em ambulatório especializado são encaminhados pelo serviço social ao Setor de Registro, e deste, ao Serviço de Pronto Atendimento (P.A.) daquela especialidade com um número de registro específico, denominado número de P.A. Dependendo das condições do paciente, o seu problema poderá ser resolvido apenas no P.A. e ser dispensado ou marcado retorno no próprio P.A. Os demais pacientes, ou seja, aqueles que a critério do médico do P.A. necessitam de atendimento no ambulatório de especialidade, são encaminhados ao Setor de Registro para receber um número de registro definitivo no Hospital, abertura do prontuário e são encaminhados ao ambulatório especializado.

As entrevistas com os pacientes, no sentido de obter as informações necessárias, para elaboração da presente investigação, foram realizadas com os pacientes em diferentes momentos do fluxograma do ambulatório acima descrito, com o objetivo de não interferir na sequência normal de seu atendimento pelo Hospital.

A individualização dos pacientes, em diferentes pontos do fluxograma, a fim de ser entrevistado, foi feito através da ficha vermelha entregue pelo porteiro.

P.A. = Pronto Atendimento.

Figura 1 - FLUXOGRAMA DOS PACIENTES QUE VÊM PELA PRIMEIRA VEZ AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

3.2 *Estudo piloto*

Com o objetivo de testar a metodologia, padronizar os entrevistadores, aprimorar o instrumento de investigação e conhecer o período diário de maior fluxo de pacientes ao ambulatório, planejou-se o estudo piloto.

Inicialmente, os entrevistadores foram selecionados, treinados e orientados quanto aos objetivos do trabalho, metodologia a ser aplicada e abordagem do paciente durante a entrevista.

As informações obtidas foram registradas numa ficha de investigação, previamente elaborada (Anexo 2). Além dos dados pessoais, constou desta ficha informações sobre a doença do paciente e a maneira pela qual o mesmo havia se encaminhado ao Hospital.

Com o objetivo de avaliar o tempo necessário para a coleta das informações, registrou-se o horário de início e término da entrevista. A hipótese diagnóstica foi obtida, consultando-se o prontuário do paciente.

O estudo se desenvolveu durante o período de uma semana, das 7:00 às 18:00 horas, período este de funcionamento do ambulatório, abrangendo todos os pacientes que procuraram o Hospital, pela primeira vez.

Foram entrevistados 231 pacientes, conforme a Tabela 1. A experiência demonstrou que a ficha de investigação necessitava de alguns reparos, tais como: mudar a sequência de certas questões, substituir a redação de outras e acrescentar outros itens, dando origem ao modelo definitivo (Anexo 3). Observou-se ter sido o treinamento da equipe bastante proveitoso, revelando que o maior fluxo de pacientes ao ambulatório era das 7:00 às 10:00 horas, em média 45 pacien

tes por dia (97%), enquanto das 10:00 às 18:00 horas apenas 3% dos pacientes procuraram o Hospital, pela primeira vez.

TABELA 1 - Distribuição de pacientes que procuraram, pela primeira vez, o ambulatório do Hospital das Clínicas, durante uma semana, segundo o horário de chegada, 1983.

Dia		08/08	09/08	10/08	11/08	12/08	TOTAL
Horário							
7	8	15	14	19	13	15	76
8	9	26	18	21	29	21	115
9	10	9	6	8	2	8	33
10	11	-	1	-	-	-	1
11	12	-	-	-	1	-	1
12	13	1	-	-	-	-	1
13	14	-	-	-	-	1	1
14	15	-	-	1	1	-	2
15	16	-	-	-	-	-	-
16	18	-	-	-	1	-	1
TOTAL		51	39	49	47	45	231

Em média, cada entrevistador gastou 20 minutos por entrevista, portanto, contando com 10 entrevistadores, seria possível realizar 90 entrevistas diárias. Isto demonstrou que o universo de pacientes diários poderia ser entrevistado, sem necessidade de amostragem. Tendo em vista que apenas 3% dos pacientes procuraram o Hospital no período das 10:00 horas às 18:00 horas, a investigação concentrada no período das 7:00 às 10:00 horas abrangeria a quase totalidade dos pa

pacientes. Como consequência não se justificaria estender a investigação por mais 8 horas, para entrevistar uma pequena porcentagem de pacientes.

Fundamentados nos resultados do estudo piloto projetou-se o trabalho definitivo.

3.3 Seleção do período do ano

O presente trabalho foi realizado no ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. As informações foram colhidas durante os dias úteis de cinco semanas de outubro e novembro de 1983, a saber: de 3 a 7, 17 a 21 e 24 a 27 de outubro e de 7 a 11 e 21 a 25 de novembro.

Foram escolhidos os meses de outubro e novembro, porque, segundo MOREIRA FILHO⁵¹ a demanda observada nesses meses é maior que a própria média mensal anual.

O estudo realizou-se das 7:00 às 10:00 horas por ser o período de maior fluxo de pacientes ao ambulatório, conforme demonstrado no estudo piloto.

3.4 População estudada

3.4.1 Critérios de inclusão

Tendo em vista ser um dos objetivos do presente trabalho conhecer os motivos que levaram o paciente a procurar o Hospital, investigou-se apenas os que procuraram o ambulatório, pela primeira vez, pois os pacientes já em tratamento, teriam maior dificuldade de lembrar as razões que os levaram ao Hospital.

Determinados pacientes, como: estudantes do Campus de Ribeirão Preto; funcionários, médicos residentes, médicos contratados pelo Hospital e seus dependentes; funcioná-

rios e docentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, bem como, seus dependentes e os casos considerados de interesse científico, normalmente, não seguem a rotina do ambulatório do Hospital, sendo registrados e atendidos independente dos critérios de seleção da triagem social; por esta razão, foram excluídos do trabalho.

3.4.2 *Procedimento para individualização do paciente.*

Segundo a rotina do ambulatório do Hospital, os casos de retorno são recebidos pelo porteiro e encaminhados diretamente aos serviços do ambulatório. Anualmente, estes pacientes são submetidos a uma retriagem social e, nesse caso, antes de encaminhá-los ao ambulatório, o porteiro lhes entrega uma ficha numerada de cor verde (adulto) ou laranja (criança com menos de 12 anos) e os encaminha à pré-triagem social. Como os pacientes que vêm, pela primeira vez, também necessitam passar pela pré-triagem social, fichas idênticas a anteriormente descritas lhes são distribuídas. Como consequência, para a pré-triagem social só irão pacientes portadores de fichas coloridas, onde se misturam casos de primeira vez e casos de retriagem. Para distinguir, apenas os casos de primeira vez, durante a investigação solicitou-se ao porteiro que lhes entregasse também uma ficha vermelha.

Foram pesquisados apenas os pacientes portadores de fichas vermelhas, que eram recolhidas após a entrevista. Através deste procedimento conseguiu-se, com relativa facilidade, individualizar os pacientes de primeira consulta.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

3.5.1 Técnica de coleta de dados

A coleta dos dados realizou-se através de entrevistas individuais, cujas informações foram registradas numa ficha de investigação (Anexo 2). O treinamento e a seleção dos entrevistadores iniciou-se com a execução de um estudo piloto, o que possibilitou padronizar os entrevistadores e aprimorar a ficha de investigação (Anexo 3).

Informações relativas à hipótese diagnóstica, foram obtidas diretamente do prontuário do paciente ou da folha de Pronto Atendimento.

As informações obtidas foram codificadas em ficha apropriada (Anexo 4).

Os entrevistadores, em número de 18, eram alunos regularmente matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem (8º semestre). Diariamente, às 6:45 horas era conferida a presença de todos os entrevistadores, em seguida, distribuída uma quantidade suficiente de fichas de investigação a cada um, entregando-se ao porteiro um determinado número de cartões vermelhos. Estabeleceu-se uma escala, distribuindo os entrevistadores nos seguintes locais:

Local 1 - sala de espera, próxima ao serviço de pré-triagem social, onde os pacientes aguardavam a chamada (cinco entrevistadores).

Local 2 - próximo às salas da assistente social (um entrevistador).

Local 3 - próximo à triagem médica (dois entrevistadores).

Local 4 - próximo à sala da assistente social e triagem médica da pediatria (dois entrevistadores).

O período de estudo coincidiu com o período letivo, logo as escalas eram feitas segundo a disponibilidade dos alunos, estando sempre presentes dez entrevistadores.

Inicialmente o entrevistador identificava o paciente, através do cartão vermelho, e verificava se era a primeira vez que vinha ao Hospital das Clínicas e se não possuía registro. Confirmados estes dados, explicava ao paciente o motivo da entrevista, solicitava um documento, para certificar-se do nome correto e iniciava a entrevista.

As entrevistas dos adultos, em sua maior parte, ocorreram durante o período em que o paciente aguardava o chamado da assistente social (local 1). Quando o paciente era encaminhado à assistente social antes da entrevista, esta ocorria após a entrevista social (local 2). Caso não fosse possível abordar o paciente neste local, o mesmo seria entrevistado antes da triagem médica (local 3). Desta forma todos os pacientes eram entrevistados, inclusive os dispensados.

As crianças foram entrevistadas no local 4, antes de chamadas pela assistente social ou antes da triagem médica. Foi possível usar apenas duas entrevistadoras, devido as salas estarem próximas e o número de pacientes menor.

Todos os dias, no final do período as fichas de investigação preenchidas, eram recolhidas e colocadas em ordem alfabética. As fichas dos pacientes dispensados eram conferidas através do livro de controle da assistente social. Logo após, era feita uma listagem com os nomes dos pacientes atendidos e esta relação entregue ao setor de registro, de onde se obtinha o número de registro de matrícula (R.M.) ou número do primeiro atendimento (P.A.). Com o número de R.M. dos pacientes, preparava-se uma nova listagem e entregava-se ao

SAME (Serviço de Arquivo Médico Estatístico), de onde os prontuários eram retirados para se obter a hipótese diagnóstica. Com os números de P.A. era feita uma listagem e entregue ao Setor de Registro, para se obter as folhas de P.A. e conhecer a hipótese diagnóstica dos pacientes que não tinham prontuário.

3.5.1.1 *Pacientes observados na pesquisa, não re* *gistrados no sistema hospitalar.*

Observou-se que alguns pacientes não apresentavam número de registro ou de P.A. Estes pacientes, em bora entrevistados, além de não apresentarem número de registro nem de P.A., também não constavam na listagem dos pacientes dispensados. Como última etapa, no sentido de encontrar alguma documentação arquivada no Hospital relativa a estes pacientes, fez-se um levantamento de todas as listagens da triagem médica que se encontravam arquivadas no arquivo morto do Hospital. Foi possível encontrar os nomes de todos os pacientes, porém nessas listagens não foi colocada a hipótese diagnóstica. Observou-se, que todos haviam sido dispensados pela triagem médica e, de acordo com a rotina do Hospital, deveriam voltar ao serviço social, o que não ocorreu. Como consequência a rotina da instituição não foi seguida e alguns pacientes deixaram de ser registrados pelo sistema.

3.5.2 *Descrição da ficha de investigação*

Em consonância com os objetivos do trabalho e baseado na experiência do estudo piloto foram estabelecidas as variáveis que deveriam fazer parte da ficha de investigação.

Além do nome do paciente incluiu-se o nome dos pais, para aumentar o poder de discriminação, na identificação.

ção do paciente.

A data de nascimento permitiu com maior precisão determinar a idade do paciente.

Para efeito de tabulação, as idades foram distribuídas em grupos etários, conforme recomendação da Classificação Internacional de Doenças⁴², revisão 1975, vol. I - página 807 (ii).

As ocupações foram agrupadas segundo os Grandes Grupos da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações¹⁴. No caso de crianças menores de 14 anos considerou-se a ocupação da mãe ou responsável.

Classificou-se o nível de instrução dos pacientes como: analfabetos, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau e nível superior. Estando o paciente na idade pré-escolar (até 8 anos), considerou-se o nível de instrução da mãe ou responsável.

Tendo em vista que o Hospital das Clínicas tem características de Hospital Regional, anotou-se o município de procedência do paciente, para melhor conhecer a demanda entre pacientes do próprio município, da região administrativa de Ribeirão Preto, das demais regiões do Estado de São Paulo e de outros Estados, tanto da zona urbana como rural. Visando a facilitar a tabulação dos dados, os municípios foram codificados, conforme Apostila de Codificação¹³ utilizada pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares de Ribeirão Preto (CPDH).

Esta regionalização, porém, pode não discriminar adequadamente a distância entre a residência do paciente e o Hospital. A medida mais precisa é a distância em Km que foi obtida para os casos dos bairros de Ribeirão Preto, utilizando o Mapa Viário Geral da Cidade e Distrito de Ri-

beirão Preto do Departamento de Urbanismo e Saneamento da Prefeitura. Considerando que na escala do mapa $1\text{cm} = 125\text{m}$ e tomando-se o Hospital das Clínicas como ponto central foram calculadas as distâncias dos diferentes bairros.

Para o cálculo das distâncias do Hospital aos diferentes municípios utilizou-se o Mapa das Rodovias Estaduais do Estado de São Paulo e Estados Limitrofes do ano de 1983. Através do mesmo procedimento, foi calculada a distância entre o Hospital e os diferentes municípios, empregando-se a escala $7\text{ mm} = 10\text{Km}$ conforme consta do próprio mapa. Para facilidade de tabulação respeitou-se os seguintes intervalos de classe em Km:

1	└─ 5	100	└─ 200
5	└─ 10	200	└─ 400
10	└─ 50	400	└─ 600
50	└─ 100	Não pertencentes ao Estado de São Paulo	

Uma variável considerada importante é o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença e a procura do Hospital. Esta informação foi agrupada, de acordo com os seguintes intervalos de classe:

0	└─ 15 d	6	└─ 12 m
15	└─ 1 m	1	└─ 2 a
1	└─ 2 m	2	└─ 5 a
2	└─ 4 m	5	└─ 10 a
4	└─ 6 m	10 ou mais anos	

A experiência do estudo piloto demonstrou que o início da doença era relatada pelo paciente por uma varie

dade de sinais e sintomas, cuja tabulação, pura e simples, pouca informação poderia oferecer. Por outro lado, um mesmo paciente apresentou até seis sinais e sintomas o que complicaria ainda mais a interpretação. Como o número de sinais e sintomas apresentados pela maioria dos pacientes não ultrapassasse a três, optou-se por desprezar os demais. Considerando que para os propósitos deste trabalho não havia interesse em interpretar os diferentes sinais e sintomas e sim o nível de gravidade dos mesmos, decidiu-se agrupá-los em três níveis, isto é, leve, moderado e grave. A classificação de um sinal ou sintoma em leve, moderado ou grave só pode ser feita a critério do médico, ainda assim, pode variar de médico para médico. Para resolver este impasse, procedeu-se da seguinte maneira: elaborou-se três listas completas em ordem alfabética de todos os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Solicitou-se a colaboração de três médicos de especialidades diferentes. Cada um recebeu uma das listas, para que atribuisse a cada sinal e sintoma a classificação entre leve, moderado ou grave, a seu critério. É importante salientar que um médico não sabia da colaboração do outro. Desta maneira um mesmo sintoma poderia ser considerado grave por um médico, leve pelo outro e moderado pelo terceiro. A fim de obter uma única classificação para o mesmo sintoma, valeu-se do seguinte critério:

- a) quando os três médicos concordavam quanto à classificação, esta era definitivamente considerada como tal;*
- b) quando dois médicos atribuíam a uma sinal ou sintoma a mesma classificação e um terceiro emitia opinião diferente, prevalecia a opinião dos dois;*
- c) quando os três médicos manifestavam opiniões diferentes seria consultado um quarto médico, para de*

ocidir, fato este que, entretanto, na presente pesquisa não ocorreu.

Como se mencionou anteriormente um paciente poderia ter até três sintomas, sendo por exemplo um grave, um moderado e o outro leve. Pretendendo obter apenas uma classificação para o conjunto de até três sintomas do paciente, utilizou-se o seguinte critério:

- a) quando os três sinais ou sintomas apresentavam a mesma classificação (leve por exemplo), considerou-se o paciente portador de sintoma leve;*
- b) quando os três sintomas tinham classificação diferentes, prevalecia o sintoma mais importante. Por exemplo se um paciente tivesse um leve, um moderado e um grave, seria considerado portador do sinal e sintoma grave;*
- c) o sinal e sintoma mais importante sempre prevalecia sobre os demais, mesmo que fosse o único, por exemplo: se um paciente apresentasse dois sintomas leves e um moderado, seria considerado portador do sintoma moderado. O mesmo se diga para o sintoma grave que prevalecia sobre dois moderados.*

No sentido de avaliar o roteiro seguido pelo paciente em busca da assistência à saúde, os pacientes eram argüidos quanto aos possíveis serviços procurados, antes de se dirigirem ao Hospital das Clínicas. Além disso julgou-se interessante conhecer quais os serviços procurados e sua localização. Neste sentido elaborou-se as perguntas 4 e 6 da ficha de investigação.

4 - Antes de vir a este Hospital, procurou outro(s) serviço(s) de saúde, para tratamento da doença?

SIM () passe a questão nº 6 NÃO ()

6 - Serviço procurado: Nome	Município	Data
Usina de Açúcar _____	_____	_____
Creche ou Escola _____	_____	_____
Farmácia _____	_____	_____
FUNRURAL _____	_____	_____
Posto de Saúde ou		
Centro de Saúde _____	_____	_____
Pronto Socorro _____	_____	_____
Médico Particular _____	_____	_____
Clínica Especiali zada. _____	_____	_____
Ambulatório do		
INAMPS _____	_____	_____
HOSPITAL _____	_____	_____

O fato do paciente demandar aos diferentes serviços de saúde da comunidade sugere uma certa utilização racional da rede hierarquizada de assistência à saúde. É, pois, de fundamental importância verificar se o mesmo foi atendido ou não e qual o motivo. Segundo o estudo piloto, o não atendimento ocorreu basicamente por três motivos: falta de vaga, falta de recurso no serviço ou ausência de médico. Por estas razões foram elaboradas as questões 7 e 8.

7 - Neste Serviço o Sr.(a) foi atendido?

SIM () passe a questão nº 9 NÃO ()

8 - Caso o paciente não tenha sido atendido no(s) serviço(s) procurado(s), qual foi o motivo? _____

Por outro lado, num sistema não regionalizado e hierarquizado o paciente pode dirigir-se a uma instituição de nível terciário como o Hospital das Clínicas, sem antes ter utilizado as instituições de outros níveis existentes na comunidade. Para os objetivos deste trabalho, julgou-se válido saber quais as razões que determinam a tal conduta e, nesse sentido, foi elaborada a questão número 5. Tendo por base os resultados do estudo piloto, as razões relatadas pelos pacientes foram listadas e agrupadas como se segue:

1. *Hospital das Clínicas é perto de sua casa;*
2. *Os recursos médicos de sua cidade são insuficientes;*
3. *Hospital das Clínicas lhe dá segurança e não confia nos serviços de sua cidade;*
4. *Desconhece outro serviço que atenda sem pagar;*
5. *Não tem recursos econômicos e não confia no Centro de Saúde;*
6. *Amigos ou familiares que se tratam no Hospital das Clínicas recomendaram;*
7. *Amigos ou familiares que trabalham no Hospital das Clínicas recomendaram;*
8. *Recebeu encaminhamento da escola ou polícia;*
9. *Quer ser registrado no Hospital das Clínicas.*

Independente dos pacientes terem sido encaminhados ou não, julgou-se importante conhecer os motivos que os levaram a procurar o Hospital das Clínicas através da questão 9.

9 - Por que procurou este Hospital?

As respostas foram assim agrupadas:

1. *Orientado por outro serviço para procurar o Hospital das Clínicas;*

2. *Sugestões de parentes ou amigos que se tratam no Hospital das Clínicas;*
3. *Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no Hospital das Clínicas;*
4. *Não tem condições financeiras ou filiação a instituto, para ser atendido;*
5. *Confia no Hospital das Clínicas e desacredita dos outros serviços;*
6. *Mora perto do Hospital das Clínicas;*
7. *Para tentar fazer registro.*

Os mecanismos de referência e contra referência são reconhecidamente fundamentais para a boa integração dos serviços de saúde da comunidade. Através da questão número 10, pretendeu-se avaliar, dentre os pacientes que procuraram o Hospital das Clínicas, quantos são encaminhados por outros serviços. Entretanto, o simples encaminhamento informal e descompromissado pouco ou nada contribui para a integração dos serviços, no sentido acima mencionado. Depende da formalidade que lhe é atribuída, do profissional que o faz, do compromisso de receber o paciente de volta e de seu conteúdo, no sentido da seqüência, a assistência à saúde iniciada no serviço de origem. A pergunta número 11 foi elaborada com a intenção de avaliar as questões acima propostas.

11 - O encaminhamento recebido pelo paciente no serviço de origem foi: Verbal () Escrito ()
Qual foi o conteúdo do encaminhamento? _____

Para facilidade de tabulação o conteúdo do encaminhamento foi classificado em seis categorias, conforme conceituação a seguir:

- Excelente** - quadro clínico, hipótese diagnóstica, resultado dos exames, tratamento realizado e indicação da especialidade, presentes no encaminhamento;
- Bom** - quadro clínico e resultado dos exames ou quadro clínico e tratamento realizado ou quadro clínico e hipótese diagnóstica, presentes no encaminhamento;
- Regular** - hipótese diagnóstica e indicação da especialidade ou hipótese diagnóstica, presentes no encaminhamento;
- Insuficiente** - pedido de avaliação e conduta ou pedido de consulta;
- Prejudicado** - paciente perdeu encaminhamento ou texto ilegível do médico;
- Lacrado** - endereçado à Superintendência.

Esta investigação não se propõe a avaliar a qualidade do atendimento no Hospital das Clínicas, contudo, considerou-se relevante saber o que ocorre de imediato com os pacientes que procuraram o Hospital, pela primeira vez. Nesse sentido foram detectadas três possibilidades:

1. *Paciente atendido e marcado outra consulta no ambulatório;*
2. *Paciente atendido e encaminhado para outro serviço;*
3. *Paciente atendido e marcado retorno por falta de documento.*

As variáveis levantadas até o presente podem ter significados diferentes, dependendo do diagnóstico do paciente, o qual nem sempre é possível, no início do atendi-

mento. Entretanto a hipótese diagnóstica é registrada no prontuário do paciente ou na folha de P.A. Esta informação, sempre que existente, foi transcrita para a ficha de investigação. Para efeito de tabulação utilizou-se os códigos dos diagnósticos agrupados, segundo os 17 Grupos da Classificação Internacional de Doenças, nona revisão de 1975.

3.6 *Bases conceituais e Definições de Termos*

Tendo em vista que os seguintes conceitos: regionalização, Serviços Básicos de Saúde, cobertura, referência e contra-referência, níveis de complexidade, paciente de primeira vez, retorno, triagem médica, pronto atendimento e ambulatório especializado são importantes no presente trabalho, seguem-se definições destes conceitos, como são utilizados na literatura técnica pertinente.

Regionalização é a "diretriz que objetiva a racionalização da prestação de serviços, através da descentralização na tomada de decisões e a hierarquização das ações por níveis de complexidade da atenção"⁴⁶.

Segundo a Portaria Interministerial nº001/78, de 26 de julho de 1978, no capítulo das Diretrizes, verifica-se que, "Em atendimento ao princípio de regionalização, as ações de saúde serão estruturadas em ordem de complexidade crescente, a partir das mais simples, periféricas, executadas pelos Serviços Básicos de Saúde, até as mais complexas, a cargo de Serviços Especializados de Saúde"⁶⁹.

Na VII Conferência Nacional de Saúde, os Serviços Básicos de Saúde foram definidos como "conjunto integrado de serviços prestados às pessoas e às comunidades para melhoria do ambiente, necessário à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das infecções e trauma

tismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüên
cias" ³⁹.

Segundo SANTOS⁶⁷ , os Serviços Básicos de Saú
de "constituem o somatório e integração das atividades de as
sistência primária à saúde, exercidas através de uma rede bá
sica, com um núcleo mínimo de serviços de maior complexida
de, sob controle do setor público e com a finalidade de as
segurar à rede o imprescindível apoio nas áreas de Vigilân
cia Epidemiológica, Saneamento, Alimentação, Habitação, La
boratório, Atenção Médica de especialidades estratégicas e
hospitalizações nas quatro áreas básicas e, finalmente, atra
vés de canais político-administrativos, facilitadores, a par
ticipação da comunidade".

Para a OPS a cobertura é entendida como "o re
sultado de uma oferta eficaz e sistematizada de serviços bá
sicos de saúde que satisfaçam às necessidades de toda a po
pulação. Esta oferta deve ser proporcionada em forma contí
nua, em lugares acessíveis, de maneira aceitável e que garan
ta o acesso aos diferentes níveis de assistência do sistema
de serviços de saúde"²². Estes programas, visando à implan
tação da cobertura dos serviços de saúde devem ser dirigidos
prioritariamente às comunidades mais carentes.

Enfatizando que os modelos assistenciais devam
garantir a quaisquer pessoas de diferentes localidades aces
so a todos os níveis de complexidade tecnológica, através de
sistemas de referência e contra-referência é fundamental de
fini-los. De acordo com o Grupo de Trabalho/Unidade de Sis
tema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde do Ministério
da Saúde⁴⁶ , referência é definida como "o ato formal de en
caminhamento de um cliente atendido em um determinado esta
belecimento de saúde para outro de maior complexidade. A re
ferência deverá sempre ser feita, após a constatação de in-

suficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos", é **contra-referência** como "o ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do mesmo, no estabelecimento de origem".

Segundo Resolução da CIPLAN ⁶³ nº 03/81 **Níveis de Complexidade** é definido como os "limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a freqüência em que ocorrem".

Entende-se por **paciente** que procura o **Hospital**, pela primeira vez aquele que nunca foi submetido a um tratamento médico dentro desse Hospital e,conseqüentemente, não é registrado no mesmo.

"Retornos" são consultas ambulatoriais subseqüentes a primeira, para a continuidade do tratamento.

Na **triagem médica** o paciente tem o primeiro contato com o médico, onde são ouvidas suas queixas e encaminhado ou não ao Pronto Atendimento (P.A.) da Clínica mais apropriada, onde teria condições de atender suas queixas.

No **Pronto Atendimento**, "o paciente uma vez atendido, pode ou não ser encaminhado à um Ambulatório Especializado" ⁵¹ .

Ambulatório Especializado " é uma especialidade de de um Departamento, por exemplo, Cardiologia, Nefrologia, Endocrinologia, etc. são Ambulatórios Especializados do Departamento de Clínica Médica" ⁵¹ .

As associações estatísticas avaliadas foram testadas através de χ^2 em tabela de contingência.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Informações gerais

De acordo com o Decreto nº 48.163, de 03 de julho de 1967, reformulado pelo Decreto nº 52.576 de 12 de dezembro de 1970, o Estado de São Paulo foi dividido em 11 Regiões Administrativas das quais a de Ribeirão Preto é a sexta. Esta região está subdividida em 8 sub-Regiões Administrativas, abrangendo 80 municípios.

A Região Administrativa de Ribeirão Preto localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, limitando-se ao norte e leste com o Estado de Minas Gerais, a sudeste com a região de Campinas (59), a sudeste com a região de Bauru (79) e a oeste com a região de São José do Rio Preto (89).

O desenvolvimento econômico da região de Ribeirão Preto iniciou-se com a criação de gado no século passado, principalmente na área correspondente a sub-regiões de Barretos. Do ponto de vista econômico esta atividade pode não ter sido muito importante para a época, mas criou condições, graças ao povoamento estabelecido que muito facilitou a expansão da cultura do café. No início do século XX, com a expansão cafeeira, esta região passou a ser a mais importante zona produtora de café, responsável pela quinta parte de toda a produção do Estado, oferecendo emprego de mão-de-obra assalariada, formada em grande parte por imigrantes, sobretudo italiana²³. Em 1929 todo o sistema econômico ligado à cafeicultura da região foi duramente atingida pela crise mundial, ocorrendo uma diversificação acentuada, na direção de outras culturas. Atualmente, predominam a lavoura canavieira e citricultura, embora o café continue como produto importante, em al

guns municípios. A produção industrial se desenvolve especialmente no setor de transformação de produtos agrícolas e pecuários, a indústria cítrica, o PROALCOOL, couro, conquanto existam outros importantes ramos industriais modernos⁵⁶.

Sua posição geográfica, de grande nó rodoviário e ferroviário, lhe dá excelentes condições de comunicação com toda a região e mesmo com áreas fora dela²³.

O município de Ribeirão Preto, de acordo com os dados do censo de 1980, apresenta uma população de 318.496 habitantes sendo 96,82% lotados na zona urbana e 3,18% na rural. Sua população corresponde a oitava do Estado e a vigésima quinta cidade do país em número de habitantes*.

Outra característica é constituir-se em considerável centro de ensino superior do interior do Estado, em 1981 contava com 19 faculdades, com uma população de, aproximadamente, 88.000 estudantes*.

Como centro médico mais desenvolvido da Região, a cidade de Ribeirão Preto tem servido como pólo de atração para Municípios e Estados vizinhos. Neste particular dispõe de um Hospital de Clínicas, ligado à Universidade de São Paulo, de alta qualificação, Hospital Psiquiátrico ligado à Coordenadoria de Saúde Mental, uma rede privada e conveniada com o INAMPS bastante desenvolvida, de serviços ambulatoriais especializados, próprios do INAMPS e uma rede básica composta por unidades da Prefeitura Municipal e Secretaria Estadual de Saúde, além de possuir laboratório regional de referência de Saúde Pública, o Instituto Adolfo Lutz⁵⁶.

O alto nível de alguns destes serviços por si só, recomendariam a organização de um modelo assistencial al

* IBGE - Comunicação pessoal.

tamente racional, integrado e qualificado, de acordo com as perspectivas preconizadas pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)⁴⁷, através da integração, regionalização e hierarquização da Rede Pública de Serviços.

4.2 Dados pessoais dos pacientes

Segundo os critérios de inclusão estabelecidos, foram estudados 1601 pacientes que procuraram o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela primeira vez.

Observa-se, na Tabela 2, predomínio de atendimento de pacientes do sexo feminino (59,53%) sobre o do sexo masculino (40,47%). Sabe-se que a população brasileira em 1980, de maneira geral, apresenta uma proporção discretamente maior para o sexo feminino (50,40%) relativa ao masculino (49,60%)⁷⁹; todavia, não justificaria a diferença acima mencionada.

Ainda com relação à Tabela 2, constata-se ter havido maior predomínio no grupo etário de 15 a 24 anos (24,49%), seguido pelo de 25 a 34 anos (17,86%), sendo que em ambos houve uma predominância nítida para o sexo feminino (28,73%) e apenas 13,62% para o sexo masculino.

Esta predominância de sexo feminino pode ser explicada pelo fato destes grupos etários coincidirem com a idade fértil da mulher, o que poderia justificar a predominância do sexo feminino. Trabalhos anteriores elaborados por FÁVERO & FÁVERO²⁴ e por YAZLLE ROCHA⁷⁸, também demonstram a maior frequência de atendimento nos grupos etários já mencionados, com predominância do sexo feminino.

TABELA 2 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, por idade e sexo.

GRUPO ETÁRIO \ SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1 ano	29	1,81	31	1,94	60	3,75
1 a 4 anos	68	4,25	62	3,87	130	8,12
5 a 14 anos	132	8,25	102	6,37	234	14,62
15 a 24 anos	132	8,25	260	16,24	392	24,49
25 a 34 anos	86	5,37	200	12,49	286	17,86
35 a 44 anos	70	4,37	120	7,50	190	11,87
45 a 54 anos	55	3,43	86	5,37	141	8,80
55 a 64 anos	45	2,81	50	3,12	95	5,93
65 a 74 anos	22	1,37	31	1,94	53	3,31
75 ou mais anos	9	0,56	11	0,69	20	1,25
T O T A L	648	40,47	953	59,53	1601	100,00

Ainda que, em números absolutos, o total de crianças com idade menor que 1 ano seja pequeno, ao serem consideradas as diferentes amplitudes dos intervalos de classe, para os grupos etários, pode-se concluir que, comparativamente, o grupo etário menor que 1 ano apresenta uma proporção maior que os demais. Verifica-se, também, que a distribuição do número de pacientes que procuraram o Hospital, segundo grupos etários e sexo, guarda certa semelhança com a pirâmide populacional, exceto nos grupos etários de 15 a 45 anos do sexo feminino que são cerca de duas vezes maior que no sexo masculino.

FÁVERO²³, ao elaborar sua tese de Livre - docência sobre "Estudo da Duração da Internação em Hospitais Gerais de Ribeirão Preto", analisou as internações hospitalares de sete hospitais gerais, no período de 1970 a 1974. De acordo com seus resultados, a distribuição por grupos etários é comparável a encontrada na Tabela 2, sugerindo que, apesar da latência de tempo entre uma pesquisa e outra, apesar de uma pesquisa atuar só com pacientes internados e a outra com pacientes que procuram o Hospital, pela primeira vez, e embora a presente pesquisa se restrinja a um único Hospital, permanece homogênea a população que demanda o Hospital, quanto à variável idade. Como consequência pode-se argumentar que as possíveis mudanças, ocorridas na sistemática da assistência médica, não exerceram influência entre os dois períodos de tempo, quanto à distribuição dos pacientes, segundo a idade.

Na Tabela 3, nota-se que o total de pacientes estudados, 1598 difere dos 1601 que compuseram o estudo. Esta diferença se deve à necessidade de excluir três pacientes que não conseguiram fornecer informações adequadas, quanto à ocupação.

Quanto à instrução observa-se maior porcentagem de pacientes em níveis de instrução mais baixo (analfabetos - 30,60% e primeiro grau incompleto - 54,63%) com acentuado decréscimo para os níveis de instrução mais elevados; justifica-se o fato, uma vez que o Hospital atende, prioritariamente, "indigentes".

Em relação à ocupação nota-se que os grupos ocupacionais que aparecem com maior frequência tais como: do lar, agricultores e assimilados, trabalhadores dos serviços dos desportos e das diversões (que incluem as empregadas domésticas) e desempregados, são aqueles que, na maioria dos ca

TABELA 3 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo ocupação e nível de instrução.

OCUPAÇÃO \ NÍVEL DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO		1º GRAU INCOMPLETO		1º GRAU COMPLETO		2º GRAU		NÍVEL SUPERIOR		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabalhadores profissionais, Técnicos e Trabalhadores assimilados	1	0,08	31	1,94	5	0,31	18	1,13	3	0,19	58	3,63
Empregados de Escritórios	-	-	5	0,31	1	0,06	3	0,19	1	0,06	10	0,62
Vendedores	3	0,19	21	1,32	6	0,38	7	0,43	1	0,06	38	2,38
Agricultores, pescadores, caçadores, trabalhadores florestais e assimilados	112	7,01	122	7,63	2	0,56	5	0,31	-	-	248	15,51
Trabalhadores de transportes e comunicações	3	0,19	13	0,81	1	0,06	-	-	-	-	17	1,06
Artesãos e trabalhadores ocupados nos diversos processos de produção e operários não classificados debaixo de outras epígrafes	19	1,19	63	3,94	5	0,31	8	0,38	2	0,13	95	5,95
Trabalhadores dos serviços dos desportos e das diversões	36	2,25	141	8,82	23	1,44	18	1,13	-	-	218	13,64
Desempregado	74	4,63	91	5,70	14	0,87	16	1,00	3	0,19	198	12,39
Aposentado	9	0,56	2	0,13	3	0,19	-	-	-	-	14	0,88
Do Lar	232	14,52	384	24,03	52	3,26	31	1,94	3	0,19	702	43,94
T O T A L	489	30,60	873	54,63	119	7,44	104	6,51	13	0,82	1598	100,00

sos, não têm acesso a outro meio de assistência médica e por isto classificado como indigentes. As donas-de-casa (do LAR) destacam-se com porcentagem elevada (43,94%), enquanto os agricultores aparecem em segundo lugar (15,51%), refletindo talvez as características agrícolas da região. Na categoria de trabalhadores dos serviços, dos desportos e das diversões, que ocupam o terceiro lugar (13,64%), vale destacar estar incluído nesta categoria um grande contingente de empregadas domésticas (196 dos 218 pacientes atendidos).

Em 1983, segundo o CONASS¹⁹ (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), 19% do total da força de trabalho se encontrava desempregada e refletindo tal situação, esta categoria aparece em quarto lugar, com 12,39% dos pacientes atendidos.

4.3 Procedência dos pacientes

A Tabela 4 mostra a demanda à assistência à saúde prestada no Hospital Clínicas, não só no município de Ribeirão Preto, como na Região Administrativa, outras Regiões do Estado e fora dele.

Observa-se que dentre os pacientes investigados, a maior porcentagem é oriunda da região de Ribeirão Preto (46,34%), maior que a procedência do próprio município (37,48%).

FÁVERO & FÁVERO²⁴ estudando os pacientes matriculados no Hospital das Clínicas, durante o ano de 1971, também demonstraram que a menor porcentagem dos pacientes procederam do município de Ribeirão Preto (43,97%) e 56,03% de outros municípios.

De acordo com YAZLLE ROCHA & FÁVERO⁷⁷ que também trabalharam com casos novos, registrados no Hospital das Clínicas em 1966, o contingente de pacientes de fora do municí-

pio (48,43%) foi maior que dos procedentes do município de Ribeirão Preto (46,79%).

Segundo os dados da Tabela 4, esta tendência se acentua ao longo dos anos, observando-se que: agrupando - se os pacientes da Região de Ribeirão, exceto município, com os de outras Regiões do Estado de São Paulo, ter-se-á 52,96%, que comparados aos 37,48% procedentes do município, demonstram o aumento relativo dos pacientes de fora do município. Esta tendência pode ser justificada pelo aumento da capacidade de atendimento do próprio Hospital, porquanto, neste período foi inaugurado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Campus), em 1977. Por outro lado, a melhoria nas condições viárias facilitando o acesso dos pacientes de fora do município ao Hospital das Clínicas, pode ter contribuído para explicar a tendência acima mencionada.

Cabe registrar que, segundo a Tabela 4, a predominância de pacientes da zona rural aumenta proporcionalmente em relação à zona urbana, à medida que se afasta do município de Ribeirão Preto (1,00% para 31,37%). Esta situação pode ser justificada pela maior concentração da população na área urbana no município de Ribeirão Preto, quando comparada às da região e fora dela. Segundo o IBGE²⁷ a população da zona rural varia de 3,19% no município de Ribeirão Preto para 37,86% para outros Estados do Brasil, exceto o de São Paulo.

Pode ainda suceder o fato das populações rurais, das regiões mais distantes, terem maiores dificuldades de acesso aos recursos de atenção à saúde, em seu próprio local de origem; esta hipótese necessitaria comprovação.

A associação existente entre a demanda proveniente da zona urbana do Município de Ribeirão Preto e da zona rural das demais regiões é estatisticamente significativa ($P < 0,001$).

TABELA 4 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital por procedência.

PROCEDÊNCIA	URBANA		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Município de Ribeirão Preto	594	37,10 99,00	6	0,38 1,00	600	37,48 100,00
Região de Ribeirão Preto, exceto o Município de Ribeirão Preto	608	37,97 81,94	134	8,37 18,06	742	46,34 100,00
Outras Regiões do Estado de São Paulo	80	5,00 75,47	26	1,62 24,53	106	6,62 100,00
Outros Estados do Brasil	105	6,56 68,63	48	3,00 31,37	153	9,56 100,00
T O T A L	1387	86,63	214	13,37	1601	100,00

4.4 Tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital das Clínicas

Os dados relativos ao tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital das Clínicas, em relação ao nível de instrução, ocupação, procedência, distância do domicílio ao Hospital das Clínicas e gravidade atribuída aos sinais e sintomas, encontram-se nas Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10, respectivamente.

Acredita-se que quanto menor o intervalo entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença e a procura do médico, melhor é o seu prognóstico. Logo, seria desejável que os pacientes demandassem ao hospital mais precoce-

mente, após o aparecimento dos sintomas. Verifica-se, porém, na Tabela 5 que apenas 20,65% dos pacientes procuraram o Hospital das Clínicas, antes de 15 dias e 7,07% entre 15 dias e 1 mês.

Por outro lado, 15,37% dos pacientes procuraram o Hospital 2 a 4 meses após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e 12,55% entre 6 meses e 1 ano. Chama a atenção o fato de 10,39% dos pacientes só procurarem o Hospital de 2 a 5 anos após o aparecimento dos sinais e sintomas, agravado pelo fato de que 5,67% só o fizeram no intervalo de 5 a 10 anos.

Poder-se-ia concluir que como o Hospital das Clínicas é de nível terciário, os pacientes procuraram antes outros serviços, o que estaria de acordo com os princípios de regionalização, hierarquização preconizados pelo CONASP⁴⁷, mas por outro lado, verifica-se que, de acordo com a Tabela 17, 454 (28,35%) pacientes procuraram o Hospital espontaneamente, antes de outro serviço e 276 (17,24%), embora procurassem outros serviços antes, não foram encaminhados ao Hospital, perfazendo um total de 730 (45,59%) pacientes, não seguindo os princípios acima mencionados. Poder-se-ia pensar que esta demora a procurar o médico seria consequência do nível de instrução dos pacientes, pois em sua maioria (85,47%) são analfabetos ou com primeiro grau incompleto. Aliás, segundo ACUNA³, não basta que os países desenvolvam seus sistemas de serviços de saúde, para se obter um nível "aceitável" de saúde para o ano 2.000, é necessário também melhorar os níveis de instrução e outras condições de vida.

Analisando, entretanto, pela Tabela 5 observa-se que, não existe associação estatística entre o nível de escolaridade e o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do médico ($P \leq 0,135$).

TABELA 5 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital e nível de instrução.

Tempo decorrido entre o aparecimento dos 1ºs sinais e sintomas e a procura do HC	NÍVEL DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO		1º GRAU INCOMPLETO		1º GRAU COMPLETO		2º GRAU		NÍVEL SUPERIOR		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 ----- 15 dias		91	5,80	188	11,98	19	1,21	25	1,60	1	0,06	324	20,65
15 ----- 1 mês		40	2,55	59	3,76	9	0,57	3	0,19	-	-	111	7,07
1 ----- 2 meses		39	2,49	83	5,29	18	1,15	7	0,45	1	0,06	148	9,44
2 ----- 4 meses		76	4,84	126	8,03	16	1,02	18	1,15	5	0,33	241	15,37
4 ----- 6 meses		32	2,04	68	4,34	12	0,76	12	0,76	-	-	124	7,90
6 ----- 12 meses		51	3,25	113	7,20	16	1,02	15	0,95	2	0,13	197	12,55
1 ----- 2 anos		46	2,93	68	4,33	13	0,83	10	0,64	-	-	137	8,73
2 ----- 5 anos		55	3,51	93	5,93	11	0,70	3	0,19	1	0,06	163	10,39
5 ----- 10 anos		35	2,23	47	3,00	2	0,13	4	0,25	1	0,06	89	5,67
10 ou mais anos		14	0,89	17	1,08	2	0,13	2	0,13	-	-	35	2,23
T O T A L		479	30,53	862	54,94	118	7,52	99	6,31	11	0,70	1569	100,00

A Tabela 6 apresenta a distribuição das ocupações, segundo o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital, com o objetivo de verificar se este tempo é influenciado pelo tipo de ocupação do paciente.

Inicialmente, convém explicar que dos 1601 pacientes entrevistados excluiu-se 35 por não fornecerem as informações adequadas, relativas às variáveis em questão, por esta razão, restaram 1566 pacientes, que perfazem o total da tabela.

Observa-se que ocupações como empregados de escritório, trabalhadores de transportes e comunicações, apresentam elevada porcentagem (50,00% e 41,20%, respectivamente), de pacientes que procuraram o Hospital, no máximo até 15 dias, depois de aparecido os primeiros sinais e sintomas. O número absoluto de pacientes investigados e pertencentes aos grupos ocupacionais acima mencionados são extremamente pequenos, isto é, 10 e 17. Por outro lado, os grupos ocupacionais, que apresentam elevado número de pacientes investigados, registram porcentagem de pacientes que procuram o Hospital até 15 dias, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas bem próximo de 20,58%, que representa a porcentagem total por este intervalo. Cotejando os demais intervalos de tempo com as diferentes ocupações, verifica-se comportamento análogo, exceção feita para os aposentados, cujo número absoluto é pequeno 13, e a maior porcentagem se encontra no intervalo de 2 a 4 meses.

Levando-se em consideração os grupos ocupacionais que contribuem com os maiores contingentes de pacientes, isto é; agricultores, pescadores e assimilados (245), trabalhadores dos serviços dos desportos e das diversões (213), de empregados (192) e do lar (690), observa-se que a distribuição do tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros si

nais e sintomas e a procura do Hospital é mais ou menos homogênea com pequenas flutuações ao longo dos diferentes intervalos e podem representar o tempo que essas categorias demoram para procurar o Hospital.

A Tabela 6 mostra que, aproximadamente, o primeiro quartil dos pacientes pertencentes às ocupações acima mencionadas procurou o Hospital dentro do primeiro mês, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas; o segundo quartil o fez entre 1 a 4 meses; o terceiro quartil de 4 a 12 meses e o último quartil após o primeiro ano.

Elaborou-se a Tabela 7 com o objetivo de observar a possível influência da região de procedência do paciente sobre o tempo decorrido, entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital. Nota-se que, de maneira geral, as porcentagens de pacientes da zona urbana, que procuram o Hospital até 12 meses, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas decrescem, à medida que se parte do município de Ribeirão Preto para a região de Ribeirão Preto, exceto o próprio município, outras Regiões do Estado de São Paulo e outros Estados. Demonstrando que os pacientes procuram mais precocemente a assistência médica, quando residem em região mais próxima do Hospital.

Em contraposição, as porcentagens de pacientes da zona urbana, que só procuram o Hospital, após ter decorrido mais de 1 ano do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, aumentam proporcionalmente quando residem em regiões afastadas da localização do Hospital, o que confirma a afirmação acima.

Considerando-se que, conforme demonstra a Tabela 7, os pacientes do município e da região de Ribeirão Preto procuram mais precocemente o Hospital, ressalta-se a importância da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, no sentido de localizá-los próximo da residência dos pacientes, preconizada na maioria dos documentos sobre sistema de saúde^{2, 9, 18, 25, 49, 52.}

TABELA 6 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo ocupação e tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital.

OCUPAÇÃO	0 — 15d		15 — 1m		1 — 2m		2 — 4m		4 — 6m		6 — 12m		1 — 2a		2 — 5a		5 — 10a		10 ou + a		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabalhadores profissionais, técnicos e trabalhadores assimilados	15	26,33	4	7,01	8	14,04	9	15,79	-	-	2	3,50	4	7,01	7	12,29	5	8,77	3	5,26	57	100,00
Empregados de escritórios	5	50,00	-	-	1	10,00	1	10,00	1	10,00	-	-	1	10,00	-	-	-	-	1	10,00	10	100,00
Vendedores	9	24,32	5	13,51	3	8,10	6	16,21	5	13,51	2	5,40	2	5,40	5	13,51	-	-	-	-	37	100,00
Agricultores, pescadores, caçadores, trabalhadores florestais e assimilados	47	19,20	18	7,34	23	9,38	43	17,57	12	4,89	30	12,25	22	8,97	26	10,61	15	6,12	9	3,67	245	100,00
Trabalhadores de transportes e comunicações	7	41,20	-	-	1	5,88	1	5,88	1	5,88	1	5,88	2	11,76	2	11,76	2	11,76	-	-	17	100,00
Artesãos e trabalhadores ocupados nos diversos processos de produção e operários não classificados de acordo de outras epígrafes	33	35,90	11	11,96	4	4,34	11	11,96	8	8,69	7	7,60	6	6,52	5	5,43	8	6,52	1	1,08	92	100,00
Trabalhadores dos serviços, dos desportos e das diversões	44	20,67	9	4,22	21	9,85	33	15,50	20	9,39	27	12,68	20	9,39	26	12,21	10	4,69	3	1,40	213	100,00
Desempregado	33	17,20	20	10,41	24	12,50	30	15,64	15	7,81	21	10,93	13	6,77	22	11,46	10	5,20	4	2,08	192	100,00
Aposentado	1	7,69	-	-	1	7,69	5	38,48	2	15,38	1	7,69	2	15,38	-	-	-	-	1	7,69	13	100,00
Do lar	128	18,57	44	6,37	62	8,98	102	14,79	60	8,69	106	15,37	64	9,27	70	10,14	41	5,94	13	1,88	690	100,00
T O T A L	322	20,58	111	7,08	148	9,46	241	15,39	124	7,91	197	12,58	136	8,68	163	10,41	89	5,68	35	2,23	1566	100,00

TABELA 7 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital e procedência.

TEMPO DECORRIDO ENTRE O APARECIMENTO DOS 1ºs SINAIS E SINTOMAS E A PROCURA DO H.C.		PROCEDÊNCIA		MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO				REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO EXCETO MUNIC. RIB. PRETO				OUTRAS REGIÕES DO ESTADO DE SÃO PAULO				OUTROS ESTADOS DO BRASIL				T O T A L			
				URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	15 dias	161	27,71	2	33,33	102	17,11	28	21,21	12	15,38	4	15,38	12	11,77	3	6,25	287	21,15	37	17,45		
15	1 mês	49	8,43	-	-	44	7,38	5	3,79	3	3,85	-	-	6	5,88	4	8,33	102	7,52	9	4,24		
1	2 meses	61	10,50	1	16,67	54	9,06	14	10,61	6	7,69	1	3,85	5	4,90	6	12,50	126	9,28	22	10,74		
2	4 meses	90	15,49	-	-	97	16,28	18	13,64	9	11,54	5	19,23	13	12,75	9	18,75	209	15,40	32	15,20		
4	6 meses	50	8,61	-	-	47	7,89	11	8,33	3	3,85	1	3,85	8	7,84	4	8,33	108	7,96	16	7,46		
6	12 meses	82	14,11	2	33,33	77	12,92	11	8,33	9	11,54	2	7,69	10	9,80	4	8,33	178	13,12	12	5,66		
1	2 anos	28	4,82	-	-	58	9,73	16	12,12	11	14,10	8	30,77	9	8,83	7	14,59	106	7,81	31	14,62		
2	5 anos	33	5,68	1	16,67	74	12,42	16	12,12	14	17,95	-	-	19	18,63	6	12,50	140	10,32	23	10,65		
5	10 anos	19	3,27	-	-	32	5,37	11	8,33	8	10,25	5	19,23	10	9,80	4	8,33	69	5,08	20	9,13		
10 ou mais anos		8	1,38	-	-	11	1,84	2	1,52	3	3,85	-	-	10	9,80	1	2,09	32	2,36	3	1,42		
T O T A L		581	100,00	6	100,00	596	100,00	132	100,00	78	100,00	26	100,00	102	100,00	48	100,00	1357	100,00	212	100,00		

Historicamente, a distância entre a residência dos consumidores e fornecedores de serviços de saúde tem sido empregada para avaliar o acesso à assistência médica. Entretanto, o advento de novos meios de transportes e de padrões de tráfego, levaram a considerar o tempo de viagem como medida mais adequada^{21,71}.

No presente trabalho foi impraticável medir o tempo gasto pelo paciente, para ir de seu local de residência até o Hospital. Por este motivo, optou-se pela distância em km que separa o domicílio do paciente ao Hospital. Na Tabela 8 estas distâncias são apresentadas, segundo o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital.

Observa-se que as porcentagens de pacientes, que procuram o Hospital até 1 ano, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, tendem a diminuir, à medida que aumenta a distância entre seu local de residência e o Hospital. Por outro lado, as porcentagens dos pacientes que procuram o Hospital, depois de haver decorrido um ano do aparecimento dos sinais e sintomas tendem a aumentar, com pequenas flutuações, à medida que aumenta a distância entre seu domicílio e o Hospital. Convém notar que, aproximadamente 25% dos pacientes residentes no máximo a 50km do Hospital, vêm a sua procura até, no máximo, 15 dias, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Esta porcentagem cai para, em torno de 15%, quando a residência do paciente dista do Hospital mais de 50km.

Levando-se em consideração a validade do diagnóstico precoce na recuperação do doente e profilaxia das possíveis complicações, os dados acima levam à conclusão de que a distância entre a residência do paciente e o Hospital parece de considerável importância no sucesso da assistência médica e demonstra novamente a necessidade dos cuidados de saúde serem

TABELA 8 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, por distância em Km entre o domicílio e o Hospital das Clínicas e o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital.

DISTÂNCIA DO DOMICÍLIO AO H.C.			TEMPO DECORRIDO ENTRE O APARE- CIMENTO DOS 1ºs SINAIS E SINTOMAS E A PROC CURA DO HC														10 ou mais anos		T O T A L					
			0 — 15d		15 — 1m		1 — 2m		2 — 4m		4 — 6m		6 — 12m		1 — 2a		2 — 5a		5 — 10a					
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1	—————	5	82	27,70	25	8,45	28	9,46	40	13,51	28	9,46	46	15,54	14	4,73	16	5,41	11	3,71	6	2,03	296	100,00
5	—————	10	66	26,19	22	8,73	32	12,70	40	15,87	20	7,94	36	14,29	13	5,16	14	5,55	7	2,78	2	0,79	252	100,00
10	—————	50	73	23,32	25	7,99	28	8,94	45	14,38	22	7,03	36	11,50	25	7,99	43	13,74	12	3,83	4	1,28	313	100,00
50	—————	100	62	16,27	24	6,30	36	9,45	69	18,11	31	8,14	46	12,07	38	9,97	39	10,24	27	7,09	9	2,36	381	100,00
100	—————	200	24	14,63	5	3,05	12	7,32	23	14,02	10	6,10	19	11,59	28	17,07	23	14,02	17	10,37	3	1,83	164	100,00
200	—————	400	2	13,33	-	-	1	6,67	3	20,00	1	6,67	-	-	3	20,00	4	26,66	1	6,67	-	-	15	100,00
400	—————	600	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,00	1	50,00	-	-	-	-	2	100,00	
Não pertencentes ao Estado de São Paulo			15	10,27	10	6,85	11	7,54	21	14,38	12	8,22	14	9,59	15	10,27	23	15,76	14	9,59	11	7,53	146	100,00
T O T A L			324	20,65	111	7,08	148	9,43	241	15,36	124	7,90	197	12,56	137	8,73	163	10,39	89	5,67	35	2,23	1563	100,00

levados o mais próximo aos locais, onde as pessoas residem e trabalham, em consonância com a "Declaração de Alma-Ata"^{17,53}.

Excluindo-se a parte da Tabela 8 que apresenta pequenas frequências, isto é, distância acima de 200km e tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital, acima de 10 anos, o teste estatístico aplicado mostra associação entre as variáveis tempo e distância ($P < 0,001$).

Na Tabela 9 apresentam-se os pacientes que procuram o Hospital, segundo a gravidade atribuída aos sinais e sintomas e o tempo decorrido entre o aparecimento destes e a procura do Hospital.

Constata-se, de início, que dos 1569 pacientes, 827 (52,70%) procuraram o Hospital com sinais e sintomas considerados graves. Por outro lado, 495 (31,55%) eram portadores de sinais e sintomas moderados e finalmente 247 (15,75%) apresentavam sinais e sintomas leves, isto é, à medida que a gravidade dos sintomas diminui, menor porcentagem de pacientes procuraram o Hospital considerado de nível terciário, como era desejável que acontecesse.

Por outro lado, observando as porcentagens de pacientes que procuraram o Hospital nos primeiros 15 dias, após o aparecimento dos sinais e sintomas, verifica-se o aumento da porcentagem dos pacientes, à medida que aumenta a gravidade dos sintomas, isto é, leve 15,38%, moderado 16,98% e grave 24,42%.

Situação semelhante observa-se entre os que procuraram o Hospital de 15 dias a 1 mês. A partir de 1 mês isto não sucede, uma vez que, com raras exceções, as porcentagens diminuem, à medida que se passa de sinais e sintomas leves para graves. Tudo indica, pois, que os sinais e sintomas graves tendem a levar os pacientes a procurarem o Hospital mais precocemente.

O teste do χ^2 mostra que existe associação entre a gravidade dos sinais e sintomas e o tempo decorrido entre seu início e a procura do Hospital ($P < 0,001$).

TABELA 9 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital e gravidade atribuída aos sinais e sintomas.

Tempo decorrido entre o aparecimento dos 1 ^{os} sinais e sintomas e a procura do HC	SINAIS E SINTOMAS	L E V E		MODERADO		GRAVE		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 —— 15 dias		38	15,38	84	16,98	202	24,42	324	20,65
15 —— 1 mês		16	6,48	34	6,87	61	7,37	111	7,08
1 —— 2 meses		23	9,32	44	8,89	81	9,81	148	9,43
2 —— 4 meses		45	18,22	81	16,36	115	13,91	241	15,36
4 —— 6 meses		22	8,91	41	8,28	61	7,38	124	7,90
6 —— 12 meses		46	18,62	60	12,13	91	11,01	197	12,56
1 —— 2 anos		25	10,13	48	9,70	64	7,73	137	8,73
2 —— 5 anos		17	6,88	67	13,53	79	9,55	163	10,39
5 —— 10 anos		9	3,64	28	5,65	52	6,29	89	5,67
10 ou mais anos		6	2,42	8	1,61	21	2,53	35	2,23
T O T A L		247	100,00	495	100,00	827	100,00	1569	100,00

A Tabela 10 foi elaborada com o objetivo de verificar se a gravidade atribuída aos sinais e sintomas e a distância de seu domicílio ao Hospital apresentava alguma peculiaridade. Observa-se que as porcentagens de pacientes portadores de sinais e sintomas considerados leves são maiores para pequenas distâncias e diminuem gradativamente à medida que a distância aumenta. Em relação aos sinais e sintomas considerados graves, o mesmo não acontece, havendo tendência para aumento nas porcentagens com aumento das distâncias. Em outras palavras o número de pacientes com sinais e sintomas leves que moram distantes e procuram o Hospital é relativamente menor do que os pacientes portadores de sinais e sintomas graves que moram distantes do Hospital e mesmo assim o procuram.

Existe associação entre gravidade dos sinais e sintomas e distância do domicílio ao Hospital, segundo o teste de χ^2 ($P < 0,01$).

Chama a atenção a distância de 50 a 100km, pelo fato de apresentar as maiores porcentagens de procura, quando comparada a qualquer outra distância, tanto para sinais e sintomas graves (24,52%) como para os moderados (25,75%) o que não ocorre para os sinais e sintomas leves, cuja porcentagem (19,70%) não chega a superar as porcentagens de procura dos intervalos de 1 a 5 (22,35%) e 5 a 10 (22,73%).

TABELA 10 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo distância do domicílio ao H.C. em km e gravidade atribuída aos sinais e sintomas.

Distância do domicílio ao H.C.	Sinais e Sintomas	L E V E		MODERADO		G R A V E		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	— 5	59	22,35	95	18,96	150	17,94	304	18,99
5	— 10	60	22,73	80	15,97	117	13,99	257	16,05
10	— 50	50	18,94	93	18,56	177	21,17	320	19,99
50	— 100	52	19,70	129	25,75	205	24,52	386	24,11
100	— 200	26	9,85	52	10,38	90	10,76	168	10,49
200	— 400	6	2,27	3	0,60	6	0,71	15	0,94
400	— 600	-	-	1	0,20	1	0,11	2	0,12
Não pertencentes ao Est. São Paulo		11	4,16	48	9,58	90	10,76	149	9,31
T O T A L		264	100,00	501	100,00	836	100,00	1601	100,00

4.5 Utilização de outros serviços

Num sistema regionalizado e hierarquizado, o Hospital de nível terciário deve receber pacientes encaminhados por outros serviços, sendo a porta de entrada do sistema de uma porcentagem mínima de pacientes graves e de urgência. Conquanto o Hospital em estudo possa ser considerado de nível terciário, não existe um sistema regionalizado e hierarquizado formalmente estabelecido. Por esta razão observa-se na Tabela 11, que

28,35% dos pacientes dirigem-se diretamente ao Hospital, sem antes procurar outros serviços. Chama a atenção o fato de que dentre os pacientes com sinais e sintomas considerados leves encontra-se a maior porcentagem (32,57%) de não procura prévia de outro serviço; em contraposição, entre os graves apenas 25,12% não procuraram outros serviços, antes de se dirigirem ao Hospital das Clínicas. Esta diferença é significante a nível de $P \leq 0,0105$.

Conforme a pergunta número 8 do questionário levantou-se o número de pacientes que procurou outros serviços antes (1147) e, dentre estes, não foram atendidos apenas 54 casos (4,70%). Estes dados significam que mais de 95% dos pacientes que procuraram outros serviços antes de virem ao Hospital das Clínicas foram atendidos.

TABELA 11 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo a gravidade atribuída aos sinais e sintomas e a procura de outros serviços antes de virem ao H. C.

OUTRO SERVI ÇO PROCURADO SINAIS E SINTOMAS	S I M		N Ã O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>L e v e</i>	178	67,43	86	32,57	264	100,00
<i>Moderado</i>	343	68,46	158	31,54	501	100,00
<i>G r a v e</i>	626	74,88	210	25,12	836	100,00
<i>T O T A L</i>	1147	71,65	454	28,35	1601	100,00

A Tabela 12 apresenta as justificativas de 454 (28,35%) dos pacientes que não procuraram outro serviço, antes de virem ao Hospital das Clínicas. Percebe-se que o sexo feminino supera em dobro, neste particular, o masculino.

TABELA 12 - *Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo os motivos que os levaram a não procurar outros serviços antes de virem ao H.C. e sexo.*

MOTIVO PELO QUAL NÃO PROCUROU OUTRO SERVIÇO ANTES	S E X O	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
H.C. é perto de sua casa		1	0,22	1	0,22	2	0,44
Os recursos médicos de sua cidade são insuficientes		3	0,66	12	2,64	15	3,30
H.C. lhe dá segurança e não confia nos serviços de saúde de sua cidade		32	7,05	57	12,56	89	19,61
Desconhece outros serviços que atendam sem pagar		6	1,32	12	2,64	18	3,96
Não tem recursos econômicos e não confia no centro de saúde		84	18,51	164	36,12	248	54,63
Amigos ou familiares que se tratam no H.C., recomendaram		19	4,18	41	9,04	60	13,22
Amigos ou familiares que trabalham no H.C., recomendaram		1	0,22	4	0,88	5	1,10
Recebeu encaminhamento da escola ou polícia		2	0,44	4	0,88	6	1,32
Quer ser registrado no H.C.		6	1,32	5	1,10	11	2,42
T O T A L		154	33,92	300	66,08	454	100,00

Grande parte dos pacientes (54,63%) informou ter procurado diretamente o Hospital das Clínicas em razão de não dispor de recursos econômicos para pagar outros serviços e não confiar nos centros de saúde. Em segundo lugar, (19,61%) os pacientes informaram não ter confiança no serviço de saúde de sua cidade, valorizando a segurança que o Hospital das Clínicas lhes dá.

Influenciados por recomendação de amigos ou familiares que se tratam no Hospital das Clínicas, 13,22% procuraram diretamente o Hospital.

Outras razões proporcionalmente menos importantes como: morar perto do Hospital, desconhecer outro serviço que atende sem pagar e... são apresentados na Tabela 12.

4.6 Motivo da demanda

Conforme consta dos objetivos deste trabalho, ela borou-se a questão nº 9, com o propósito de conhecer de acor do com a manifestação espontânea do paciente, qual o motivo que o levara a procurar o Hospital das Clínicas. De acordo com a Tabela 13, dos 1596 pacientes que responderam esta per gunta 726 (45,49%) afirmaram ter sido orientados para procu rar o Hospital das Clínicas, por outros serviços. Nota-se que, conforme a Tabela 17, 871 pacientes chegaram ao Hospital das Clínicas encaminhados por outros serviços e que des tes, 145 (871-726) não consideraram que a motivação para pro curar o Hospital das Clínicas, tenha sido a orientação recebida por outros serviços.

É possível que muitos deles, ao procurarem estes serviços, fizeram-no, solicitando fossem encaminhados ao Hospital das Clínicas. Por esta razão, a real motivação para procurar o Hospital antecedia a procura de outros serviços.

É importante salientar que 20,35% dos pacientes não só afirmaram sua confiança no Hospital como chegaram a desacreditar de outros serviços; acrescenta-se serem abertas as respostas ao questionário. Poder-se-ia pensar que esta resposta reflita o desejo de manifestar simpatia e conseguir com maior facilidade o atendimento. Entretanto, a confiança no Hospital pode ser interpretada também por mais 12,28% de pacientes, motivados por sugestões de parentes ou amigos que se tratam no Hospital e, sobretudo, por 1,70% de pacientes que o procuraram para fazer registro, ou seja, receber um número de matrícula no Hospital, mesmo sem estar doente, obtendo a segurança de poder ser atendido por ele, quando necessitar. Finalizando, pode-se aceitar que em 34,33% dos pacientes, a confiança no Hospital teve influência na demanda. Esta questão revela a importância que a confiança na instituição representa na assistência médica e, como consequência, no bem estar dos pacientes.

Considerando que o Hospital atende prioritariamente a indigentes, 18,42% dos pacientes o procuraram pela falta de condições financeiras ou não filiação a qualquer instituto, restando-lhe apenas o Hospital das Clínicas como alternativa. Situação esta lastimável, cuja solução deverá ser encontrada com a nova "reforma sanitária".

TABELA 13 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo o motivo da demanda e sexo.

MOTIVO DA DEMANDA	S E X O		MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientado por outro serviço para procurar o H.C.			311	19,49	415	26,00	726	45,49
Sugestões de parentes ou amigos que se tratam no H.C.			72	4,51	124	7,77	196	12,28
Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no H.C.			9	0,57	18	1,13	27	1,70
Não têm condições financeiras ou filiação a instituto para ser atendido			102	6,39	192	12,03	294	18,42
Confia no H.C. e desacredita dos outros serviços			140	8,76	185	11,59	325	20,35
Mora perto do H.C.			1	0,06	-	-	1	0,06
Para tentar fazer registro			13	0,82	14	0,88	27	1,70
T O T A L			648	40,60	948	59,40	1596	100,00

Objetivando investigar a diversificação entre os motivos da demanda, de acordo com o grau de instrução do paciente elaborou-se a Tabela 14.

Assim, entre os analfabetos que correspondem a 30,57% do total de pacientes, os motivos de demanda de maior frequência foram: os orientados por outros serviços para procurar o Hospital das Clínicas que aparecem em 52,45%. Em segundo lugar vêm aqueles que confiam no Hospital das Clínicas e desacreditam de outros serviços com 23,15%.

É interessante notar que entre os analfabetos apenas 0,81% procuram o Hospital para tentar fazer registro. Por outro lado, a falta de condições financeiras ou filiação a Instituto aparece em apenas 11,88% dos analfabetos.

Entre os pacientes de primeiro grau incompleto que correspondem a 54,63% do total, os orientados por outros serviços para procurar o Hospital corresponde a maior frequência (45,75%). A falta de condições financeiras aparece em 19,03% dos pacientes portadores de primeiro grau incompleto. O motivo da demanda que aparece em terceiro lugar entre estes pacientes é confiança no Hospital das Clínicas, correspondendo a 17,88%.

Para os pacientes de primeiro grau completo que corresponde a 7,46% do total, o motivo de demanda que aparece com maior frequência é a orientação dada por outros serviços (31,93%). A falta de condições financeiras ou filiação a institutos, representada por 28,57% , seguida da confiança no Hospital das Clínicas com 26,05%. A falta de condição financeira ou filiação a instituto destaca-se também entre os portadores do segundo grau com 30,76% e orientação recebida por outros serviços com 26,92%.

TABELA 14 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo motivo da demanda e nível de instrução.

MOTIVO DA DEMANDA	NÍVEL DE INSTRUÇÃO		ANALFABETO		1º GRAU INCOMPLETO		1º GRAU COMPLETO		2º GRAU		NÍVEL SUPERIOR		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientado por outro serviço para procurar o H.C.	256	52,45	399	45,75	38	31,93	28	26,92	5	38,46	726	45,48		
Sugestões de parentes ou amigos que se tratam no H.C.	49	10,04	117	13,41	13	10,92	17	16,34	-	-	196	12,28		
Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no H.C.	8	1,63	14	1,60	2	1,68	2	1,92	1	7,69	27	1,69		
Não têm condições financeiras ou filiação a instituto para ser atendido	58	11,88	166	19,03	34	28,57	32	30,76	4	30,76	294	18,42		
Confia no H.C. e desacredita dos outros serviços	113	23,15	156	17,88	31	26,05	22	21,15	3	23,07	325	20,36		
Mora perto do H.C.	-	-	1	0,11	-	-	-	-	-	-	1	0,06		
Para tentar fazer registro	4	0,81	19	2,17	1	0,84	3	2,88	-	-	27	1,69		
T O T A L	488	100,00	872	100,00	119	100,00	104	100,00	13	100,00	1596	100,00		
	(30,57)		(54,63)		(7,46)		(6,52)		(0,82)		(100,00)			

Na Tabela 14 observa-se que a falta de condições financeiras ou filiação a instituto foi apresentado pelos pacientes como motivo de demanda em proporção crescente, quando comparados os analfabetos (11,88%) com os do primeiro grau incompleto (19,03%), primeiro grau completo (28,57%) para atingir o nível máximo (30,76%) entre os do segundo grau e superior.

Parece contraditório que entre os pacientes portadores de melhor nível de instrução, a falta de condições financeiras apareça com maior frequência. Considerando o elevado nível de desemprego que atingiu o país em 1983, poder-se-ia pensar que a proporção de desempregados entre os de nível de instrução mais elevado tenha sido maior, o que justificaria a situação acima descrita.

Entretanto, como demonstra a Tabela 3, o nível de desemprego entre pacientes com nível de instrução de primeiro grau incompleto, primeiro grau completo e segundo grau não difere, significativamente, do nível de desemprego dos analfabetos; logo, a hipótese acima levantada parece não ser razoável, para explicar as diferenças encontradas. Talvez os pacientes de nível mais elevado de instrução tenham maior sensibilidade às dificuldades financeiras que os analfabetos, sempre submetidos à miséria, por isso a falta de condições financeiras ou filiação a instituto foi apresentada por eles com menor frequência.

A relação entre o motivo da demanda e ocupação encontra-se na Tabela 15. Observa-se que dos 1593 pacientes que demandaram ao Hospital, a grande maioria 725 (45,51%) o fizeram orientados por outros serviços.

Este achado poderia ser interpretado como o reflexo da existência de uma certa sistematização e hierarquização dos serviços de saúde na região. Todavia, abrangeria

menos de 50% dos pacientes que demandaram a um Hospital consi
derado de nível terciário.

A orientação dada por outro serviço aparece como principal motivo de demanda, na maioria dos grupos ocupacionais, atingindo o máximo entre o agricultores, pescadores, tra
balhadores florestais e assimilados (57,66%), seguido dos apo
sentados (57,14%) e dos desempregados (50,76%). A categoria ocupacional onde este motivo de demanda aparece com menor fre
quência corresponde aos vendedores (26,31%), seguida dos tra
balhadores de transportes e comunicações (29,41%); a dos arte
sãos e trabalhadores, ocupados nos diversos processos de pro
dução e operários não classificados de baixo de outras epígra
fes (29,47%).

Em apenas três categorias ocupacionais, a orien
tação dada por outros serviços para procurar o Hospital das
Clínicas não aparece como principal motivo da demanda. Entre
os empregados de escritórios e vendedores, por exemplo, o mo
tivo de demanda que aparece com maior frequência é a falta de
condições financeiras ou filiação a instituto para ser aten
dido, que corresponde a 50,00% e 36,84%, respectivamente. En
tre os artesãos e trabalhadores ocupados nos diversos proces
sos de produção e operários não classificados, debaixo de ou
tras epígrafes o principal motivo de demanda corresponde à con
fiança no Hospital das Clínicas e descrédito nos outros servi
ços (34,73%).

O motivo da demanda que aparece em segundo lu
gar entre os 1593 pacientes corresponde à confiança no Hospi
tal das Clínicas e descrédito nos outros serviços, mencionado
por 324 (20,33%) pacientes. Entre os empregados de escritó
rios (10,00%); os vendedores (15,78%) e os desempregados (17,76%)
este motivo de demanda aparece com menor frequência.

É importante mencionar que estes 324 pacientes

TABELA 15 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo motivo da demanda e ocupação.

MOTIVO DA DEMANDA	O C U P A Ç Ã O														T O T A L							
	Trabalhadores profissionais, técnicos e Trab. assilados		Empregados de Escritórios		Vendedores		Agricultores, pescadores, caçadores, trabalhadores flores tais e as- similados		Trabalhadores de transportes e comunicações		Artesãos e Trab. ocupados nos diversos processos de produção e operários não classificados de baixo de outras profissões		Trabalhadores dos serviços, dos depósitos e das diversas		Desempregado		Aposentado		Do Lar			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Orientado por outro serviço para procurar o H.C.	19	33,33	3	30,00	10	26,31	143	57,66	5	29,41	28	29,47	79	36,23	100	50,76	8	57,14	330	47,21	725	45,51
Sugestões de parentes ou amigos que se tratam no H.C.	10	17,54	1	10,00	6	15,78	27	10,88	1	5,88	9	9,47	25	11,46	20	10,15	1	7,14	96	13,73	196	12,30
Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no H.C.	3	5,26	-	-	-	-	2	0,80	2	11,76	3	3,15	4	1,83	2	1,01	1	7,14	10	1,43	27	1,62
Não têm condições financeiras ou filiação a instituto para ser atendido	11	19,29	5	50,00	14	36,84	27	10,88	4	23,52	21	22,10	50	22,93	38	19,28	1	7,14	123	17,59	294	18,45
Confia no H.C. e desacredita dos outros serviços	14	24,56	1	10,00	6	15,78	47	18,95	4	23,52	33	34,73	53	24,31	35	17,76	3	21,42	128	18,31	324	20,38
Mora perto do H.C.	-	-	-	-	1	2,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,06
Para tentar fazer registro	-	-	-	-	1	2,63	2	0,80	1	5,88	1	1,05	7	3,21	2	1,01	-	-	12	1,71	26	1,62
T O T A L	57	100,00	10	100,00	38	100,00	248	100,00	17	100,00	95	100,00	218	100,00	197	100,00	14	100,00	699	100,00	1523	100,00
	(3,58)		(0,62)		(2,38)		(15,58)		(1,06)		(5,96)		(13,68)		(12,38)		(0,87)		(43,89)		(100,00)	

declararam explicitamente sua confiança no Hospital das Clínicas como a principal razão para sua demanda, entretanto, isto não significa que os demais pacientes não tenham confiança no Hospital das Clínicas, pelo contrário, esta razão deve permear os demais motivos de demanda, como é o caso daqueles que procuram o Hospital para fazer registro.

Como o Hospital das Clínicas atende prioritariamente a indigentes, era de se esperar, que uma grande parcela de seus pacientes apresentasse como motivo de demanda a falta de condições financeiras ou filiação a institutos para ser atendido. Isto, porém, ocorreu em apenas 18,45%. Quando se analisa esta particularidade, segundo as diferentes ocupações, verifica-se que é entre os empregados de escritórios (50,00%), os vendedores (38,84%) e os trabalhadores de transportes e comunicações (23,52%) que a dificuldade financeira aparece com maior destaque, enquanto que entre os desempregados (19,28%), do lar (17,59%) e aposentados (7,14%), a falta de condições financeiras aparece com menor importância. Esta situação aparentemente contraditória talvez se justifique pela maior dificuldade em externar a situação financeira ou menor sensibilidade a este tipo de problema, nas categorias menos favorecidas, conforme se mencionou na discussão da Tabela 14.

Os motivos que levam o paciente a procurar o Hospital das Clínicas podem ser diferentes, em se tratando daqueles procedentes do próprio município, da região de Ribeirão Preto, de outras Regiões do Estado ou de outros Estados, tanto para a zona rural como urbana.

Por essa razão foi elaborada a Tabela 16, onde se observa que, dentre os pacientes que procuraram o Hospital das Clínicas, por orientação de outros serviços, apenas 121 são procedentes da zona urbana de Ribeirão Preto. Os pacientes procedentes das demais regiões, em sua grande maioria, pro

curaram o Hospital por orientação dos serviços de suas localidades.

Este aspecto, todavia, não representa uma peculiaridade dos pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto e sim a influência de uma rotina de atendimento do serviço social médico do Hospital³³, segundo a qual, os pacientes de fora do município, para serem atendidos, devem vir encaminhados por serviços de seus locais de origem, conforme se aludiu anteriormente no material e método.

Embora não seja uma exigência do Hospital, determinada parcela de pacientes do município referiu ter sido orientados para procurar o Hospital, por serviços médicos locais.

A falta de condições financeiras ou filiação a instituto aparece como motivo de demanda em elevada porcentagem (29,49%), dentre os pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto, quando comparados aos procedentes das demais regiões. Isto poderia ser interpretado como repercussão de maiores dificuldades econômicas próprias do município de Ribeirão Preto, entretanto acredita-se que os pacientes do município de Ribeirão Preto, quando não são encaminhados por outros serviços, utilizariam a dificuldade econômica como argumento, na expectativa de obter maior facilidade para ser atendido no Hospital.

Na realidade, a decisão é tomada pelo serviço social, com base na documentação pertinente exigida.

É evidente que os pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto têm maior chance de ter parentes ou amigos que trabalham ou que se tratam no Hospital das Clínicas, razão pela qual estes motivos de demanda aparecem com frequência relativa elevada, quando comparada às demais regiões.

TABELA 16- Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo motivo da demanda e procedência.

MOTIVO DA DEMANDA	PROCEDÊNCIA		MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO				REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO EXCETO MUNICÍPIO R. PRETO				OUTRAS REGIÕES DO ESTADO DE SÃO PAULO				OUTROS ESTADOS DO BRASIL				T O T A L			
			URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL		URBANA		RURAL	
			Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientado por outro serviço para procurar o H.C.			121	20,50	5	83,33	372	61,08	71	53,38	56	70,00	16	61,53	51	49,03	34	70,83	600	43,38	126	59,15
Sugestões de parentes ou amigos que se tratam no H.C.			107	18,13	-	-	50	8,21	16	12,03	6	7,50	3	11,53	9	8,65	5	10,41	172	12,43	24	11,25
Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no H.C.			16	2,71	-	-	5	0,82	2	1,50	2	2,50	-	-	2	1,92	-	-	25	1,80	2	0,93
Não têm condições financeiras ou filiação ao instituto para ser atendido			174	29,49	1	16,64	78	12,80	21	15,78	3	3,75	4	15,38	11	10,57	2	4,16	266	19,23	28	13,14
Confia no H.C. e desacredita dos outros serviços			156	26,44	-	-	96	15,76	22	16,54	12	15,00	2	7,69	30	28,84	7	14,58	294	21,25	31	14,55
Mora perto do H.C.			1	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,07	-	-
Para tentar fazer registro			15	2,54	-	-	8	1,31	1	0,75	1	1,25	1	3,84	1	0,96	-	-	25	1,80	2	0,93
T O T A L			590	100,00	6	100,00	609	100,00	133	100,00	80	100,00	26	100,00	104	100,00	48	100,00	1383	100,00	213	100,00

4.7 Dados relativos ao encaminhamento

Na Tabela 17 são apresentados os encaminhamentos ao Hospital das Clínicas segundo a procedência do paciente. Ao elaborar a questão sobre encaminhamento indagava-se do paciente, se antes de procurar o Hospital havia procurado outro serviço, e, se no mesmo tinha sido orientado para procurar o Hospital das Clínicas, seja por escrito ou mesmo verbalmente.

A intenção era avaliar o encaminhamento real feito pelo serviço e não apenas o mecanismo formal por escrito, dentro de um sistema de referência e contra-referência que formalmente não existe.

Observa-se na Tabela 17 que, de uma maneira ou de outra, 871 pacientes (54,40%) foram encaminhados pelos serviços de origem. E como demonstra a Tabela 18, 64 deles (7,34%) foram encaminhados verbalmente.

Considerando a procedência, observa-se que dos 594 pacientes procedentes da zona urbana do município de Ribeirão Preto, apenas 133 (22,39%) foram encaminhados pelos serviços de origem, enquanto que para os pacientes procedentes de fora do município de Ribeirão Preto, a porcentagem de encaminhamentos, com pequenas flutuações mantém-se elevada, sempre acima de 60%, atingindo mais de 75%.

Como foi mencionado na discussão da Tabela 16, a baixa porcentagem de encaminhamento de pacientes do município de Ribeirão Preto deve-se à rotina do Hospital, segundo a qual o encaminhamento só é exigido para pacientes de fora do município. Tendo em vista o mecanismo de referência e contra-referência hoje aceito como fundamental para um bom sistema de saúde⁴⁹ parece razoável que o Hospital estude a possibilidade de mudar esta conduta, uma vez que, dentro do muni-

cípio, torna-se mais fácil controlar a validade da contra-referência.

Como consequência, 77,60% (25,08% + 52,52%) dos pacientes do município de Ribeirão Preto procuram o Hospital sem encaminhamento por outro serviço e, para agravar a situação, 52,52% o fazem sem procurar outros serviços antes. Esta constatação denota a ausência completa de sistematização dos serviços, dentro do próprio município.

Observa-se, todavia, na Tabela 17 que, apesar da rotina do Hospital exigir o encaminhamento para pacientes de outros municípios, em torno de 15% demandam ao Hospital sem encaminhamento, mesmo tendo passado por serviços em seus locais de origem. E para agravar a situação, porcentagem ainda maior, nem procuram outros serviços antes de se dirigir ao Hospital das Clínicas, confirmando a falta de articulação entre os serviços, demonstrando que a ausência de sistematização dos serviços com o Hospital das Clínicas ocorre também na região.

Os 871 pacientes que receberam encaminhamentos para o Hospital das Clínicas constam da Tabela 18, segundo os serviços que os encaminharam e o tipo de encaminhamento realizado. Observa-se que em 92,65% (12,17% + 80,48%) os encaminhamentos foram feitos por escrito e em 7,34% verbalmente.

A maior fonte de encaminhamento corresponde aos hospitais (340), seguido pelos postos ou centros de saúde (223), pronto socorro (160), médicos particulares (47) e clínicas especializadas (42).

A grande maioria (87,36%) dos pacientes encaminhados não recebem dos serviços de origem orientação para retornarem após o atendimento no Hospital das Clínicas. Quando isto ocorre, é mais freqüente nas creches e escolas (22,22%), no ambulatório do INAMPS (21,42%), nas clínicas especializa-

TABELA 17 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo a procedência e encaminhamento por outro serviço.

ENCAMINHAMENTO PROCEDÊNCIA		Com encaminhamento pelo serviço de origem		Sem encaminhamento pelo serviço de origem		Sem encaminhamento e sem ter procurado outro serviço antes		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Município de Ribeirão Preto	Urbana	133	22,39	149	25,08	312	52,52	594	100,00
	Rural	5	83,33	-	-	1	16,16	6	100,00
Região de Ribeirão Preto exceto o Município de Ribeirão Preto	Urbana	458	75,32	75	12,33	75	12,33	608	100,00
	Rural	98	73,13	10	7,46	26	19,40	134	100,00
Outras regiões do Estado de São Paulo	Urbana	59	73,75	11	13,75	10	12,50	80	100,00
	Rural	18	69,23	3	11,53	5	19,23	26	100,00
Outros Estados do Brasil	Urbana	65	61,90	20	19,04	20	19,04	105	100,00
	Rural	35	72,91	8	16,66	5	10,41	48	100,00
T O T A L	Urbana	715	51,55	255	18,38	417	30,06	1387	100,00
	Rural	156	72,89	21	9,81	37	17,28	214	100,00
T O T A L G E R A L		871	(54,40)	276	(7,24)	454	(28,35)	1601	(100,00)

TABELA 18 - Pacientes que demandaram, pela primeira vez, ao Hospital, segundo serviços procurados antes de virem ao Hospital das Clínicas e tipo de encaminhamento.

SERVIÇO PROCURADO	TIPO DE ENCAMINHAMENTO	V E R B A L				E S C R I T O				T O T A L	
		Com recomendação de retorno		Sem recomendação de retorno		Com recomendação de retorno		Sem recomendação de retorno			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Usina de Açúcar	-	-	-	-	-	-	10	100,00	10	100,00	
Creche ou Escola	-	-	1	5,55	4	22,22	13	72,22	18	100,00	
Farmácia	-	-	-	-	-	-	1	100,00	1	100,00	
FUNRURAL	-	-	-	-	3	18,75	13	81,25	16	100,00	
Posto de Saúde ou Centro de Saúde	-	-	9	4,03	30	13,45	184	82,51	223	100,00	
Pronto Socorro	3	1,87	28	17,50	4	2,50	125	78,12	160	100,00	
Médico Particular	-	-	6	12,76	7	14,89	34	72,34	47	100,00	
Clínica Especializada	-	-	-	-	8	19,04	34	80,95	42	100,00	
Ambulatório do INAMPS	-	-	1	7,14	3	21,42	10	71,42	14	100,00	
Hospital	1	0,29	15	4,41	47	13,82	277	81,47	340	100,00	
T O T A L		4	0,45	60	6,88	106	12,16	701	80,48	871	100,00

das (19,04%) e nos consultórios particulares (14,89%) do que nos postos ou centros de saúde (13,45%), que por pertencerem à rede de assistência médica oficial; esperava-se mantivesse um certo grau de coordenação com o Hospital das Clínicas. Esta situação demonstra a necessidade da implantação urgente de programas nos moldes das Ações Integradas de Saúde que, em 1983, quando da elaboração desta pesquisa, não existia, mas que hoje, 1986, estão sendo implantadas na região de Ribeirão Preto. Seguramente estes programas modificarão a situação acima descrita.

Na Tabela 19, observa-se que nem todos os encaminhamentos são feitos por médicos; o pessoal de enfermagem, bem como outros profissionais da área da saúde também encaminham pacientes ao Hospital das Clínicas. Ressalta-se que 77,26% dos encaminhamentos são feitos pelos médicos, por sua própria decisão, enquanto outros são efetuados pelo médico, porém a pedido, quer do próprio paciente ou da Instituição a que pertence.

O fato de o paciente ser encaminhado de um serviço a outro, por si só pode não ser suficiente para uma efetiva coordenação e integração dos serviços médicos. Além do mecanismo de referência e contra-referência é preciso que o conteúdo do encaminhamento seja adequado. Na Tabela 20 apresenta-se a classificação do conteúdo do encaminhamento, de acordo com critérios descritos no material e método, segundo os diferentes serviços. Somando-se os encaminhamentos considerados bons aos regulares, observa-se que, mais de 70% estão incluídos nesta categoria e que os Hospitais, seguidos de postos ou centros de saúde e dos prontos socorros são os que, em ordem decrescente oferecem o maior contingente de encaminhamentos considerados bons e regulares. De maneira geral é pequena a porcentagem de encaminhamentos considerados excelen-

TABELA 19 - Pacientes que demandaram, pela primeira vez, ao Hospital, segundo serviços procurados antes de virem ao Hospital das Clínicas e profissional que o encaminhou.

ENCAMINHAMENTO FEITO POR SERVIÇO PROCURADO	M É D I C O													
	A pedido do paciente		A pedido da Instituição		Por decisão do médico		Pessoal de Enfermagem		Outra categoria Profissional		Profissional de categoria ignorada		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usina de Açúcar	1	0,11	-	-	8	0,91	-	-	-	-	1	0,11	10	1,14
Creche ou Escola	4	0,45	2	0,22	11	1,26	1	0,11	-	-	-	-	18	2,06
Farmácia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,11	-	-	1	0,11
FUNRURAL	3	0,34	-	-	13	1,49	-	-	-	-	-	-	16	1,83
Posto de Saúde ou Centro de Saúde	42	4,82	5	0,57	165	18,94	3	0,34	8	0,92	-	-	223	25,60
Pronto Socorro	26	2,98	3	0,34	128	14,69	2	0,22	1	0,11	-	-	160	18,36
Médico Particular	8	0,92	2	0,22	33	3,78	-	-	3	0,34	1	0,11	47	5,39
Clínica Especializada	13	1,49	1	0,11	28	3,21	-	-	-	-	-	-	42	4,82
Ambulatório do INAMPS	5	0,57	-	-	9	1,03	-	-	-	-	-	-	14	1,60
Hospital	49	5,62	5	0,57	278	31,91	-	-	8	0,92	-	-	340	39,03
T O T A L	151	17,33	18	2,06	673	77,26	6	0,68	21	2,41	2	0,22	871	100,00

TABELA 20 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo serviços procurados antes de virem ao Hospital das Clínicas e a classificação do conteúdo do encaminhamento.

SERVIÇO PROCURADO CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO	EXCELENTE		B O M		REGULAR		INSUFICIENTE		PREJUDICADO		LACRADO		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usina de Açúcar	-	-	4	0,46	4	0,46	2	0,22	-	-	-	-	10	1,14
Creche ou Escola	-	-	6	0,68	8	0,92	4	0,46	-	-	-	-	18	2,06
Farmácia	-	-	-	-	-	-	1	0,11	-	-	-	-	1	0,11
FUNRURAL	1	0,11	7	0,80	5	0,57	1	0,11	1	0,11	1	0,11	16	1,83
Posto de Saúde ou Centro de Saúde	3	0,34	70	8,04	99	11,37	38	4,37	3	0,34	10	1,15	223	25,61
Pronto Socorro	2	0,22	65	7,47	44	5,07	45	5,18	2	0,22	2	0,22	160	18,39
Médico Particular	-	-	22	2,53	12	1,38	9	1,04	2	0,22	2	0,22	47	5,39
Clínica Especializada	1	0,11	14	1,60	19	2,18	6	0,68	1	0,11	1	0,11	42	4,82
Ambulatório do INAMPS	1	0,11	4	0,46	6	0,68	3	0,34	-	-	-	-	14	1,60
Hospital	19	2,18	141	16,20	87	9,98	65	7,47	21	2,42	7	0,80	340	39,05
T O T A L	27	3,09	333	38,24	284	32,61	174	19,98	30	3,44	23	2,64	871	100,00

tes e, neste particular, os Hospitais se destacam dos demais serviços.

Considerando não existir uma orientação formal quanto ao conteúdo do encaminhamento, a situação acima descrita parece razoável, sobretudo porque pode oferecer a base para uma melhoria, caso uma orientação adequada seja formalmente estabelecida, em relação ao conteúdo do encaminhamento.

Com o objetivo de analisar o conteúdo de encaminhamento, de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas, relatados pelo paciente, elaborou-se a Tabela 21.

Seria desejável que todos os encaminhamentos, seja de pacientes com sinais e sintomas considerados leves, moderados ou graves fossem categorizados como de boa ou excelente qualidade, facilitando a melhor seqüência da assistência médica. Os pacientes com sinais e sintomas leves não deveriam ser encaminhados a um Hospital de nível terciário. No entanto, isto ocorreu com 129 dos 871 pacientes encaminhados, isto é, 14,81%. Chama-se a atenção para o aspecto de que, mesmo entre os pacientes portadores de sinais e sintomas considerados graves, apenas 3,78% tiveram o encaminhamento de qualidade excelente e 38,65% de qualidade boa. Somando-se os encaminhamentos considerados regulares, insuficientes e prejudicados, nota-se que 53,99% dos pacientes tiveram encaminhamentos de qualidade inadequada.

O teste mostrou não existir associação estatisticamente comprovável entre gravidade dos sinais e sintomas e qualidade do encaminhamento, isto é, não existe a tendência de haver encaminhamentos melhores, quando os sinais e sintomas são considerados mais graves.

TABELA 21 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo a classificação do conteúdo do encaminhamento, e a gravidade atribuída aos sinais e sintomas.

<div> <div>SINAIS E SINTOMAS</div> <div>CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO</div> </div>	L E V E		MODERADO		G R A V E		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>E x c e l e n t e</i>	2	1,55	7	2,63	18	3,78	27	3,09
<i>B o m</i>	50	38,75	99	37,21	184	38,65	333	38,23
<i>R e g u l a r</i>	48	37,20	93	34,96	143	30,04	284	32,60
<i>I n s u f i c i e n t e</i>	23	17,82	56	21,05	95	19,95	174	19,97
<i>P r e j u d i c a d o</i>	5	3,87	6	2,25	19	4,00	30	3,44
<i>L a c r a d o</i>	1	0,77	5	1,87	17	3,58	23	2,64
<i>T O T A L</i>	129	100,00	266	100,00	476	100,00	871	100,00

4.8 Assistência prestada pelo Hospital das Clínicas

Na Tabela 22 são apresentados os 16998 pacientes atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas, durante as cinco semanas do período em estudo. Destes, apenas 1601 procuraram o Hospital pela primeira vez, sendo incluídos no estudo; os demais 15397, conforme a metodologia do presente trabalho, não fizeram parte da investigação.

É interessante observar que dos 16998 pacientes atendidos, apenas 16762 constam das estatísticas oficiais do Hospital, 236 (14,74%) pacientes foram atendidos pela triagem médica e dispensados, e de acordo com a rotina do Hospital deveriam voltar ao serviço social para ser registrado o motivo da dispensa, o que não ocorreu. Como consequência, a rotina da instituição não foi cumprida; os pacientes deixaram de ser registrados pelo sistema e só foram detectados no arquivo morto do Hospital, pela equipe de investigação.

Este fato revela que, mesmo em serviços bem organizados com rotinas previamente estabelecidas e equipe treinada, pacientes podem não ser registrados, o que demonstra a imperfeição que pode estar ocorrendo nas estatísticas do setor saúde, principalmente lembrando que, a maioria dos serviços de saúde não dispõem de sistemas tão organizados e sofisticados, como é o caso do Hospital das Clínicas.

Dos 1601 pacientes que procuraram o Hospital pela primeira vez, 723 (487 + 236) ou seja, 45,16% foram atendidos e dispensados, porque a critério do médico da triagem não necessitavam de assistência médica ou seus problemas de saúde poderiam ser resolvidos pelos serviços de saúde do local de origem do paciente ou ainda, de acordo com a rotina do serviço social, o paciente não se enquadrava nos critérios de admissão do Hospital ou não apresentava a documentação ne

cessária, recebendo orientação para retornar devidamente documentado.

É importante salientar que (45,16%) dos pacientes que procuraram o Hospital foram dispensados. Isto pode significar que diariamente um grande contingente de pacientes demanda ao Hospital, de nível terciário, desnecessariamente, gerando uma série de inconvenientes para o paciente, tais como gastos com locomoção até o Hospital, perda de tempo, desconforto... perfeitamente evitáveis. Por outro lado, serviços do Hospital como: portaria, serviço social, triagem médica são sobrecarregados inultamente.

Uma melhor organização do sistema de assistência médica com serviços de saúde de nível primário, funcionando eficientemente como porta de entrada do sistema e orientando bem os pacientes, encaminhando os casos que realmente necessitam, para o nível secundário e terciário, seria útil aos pacientes e ao serviço de saúde, evitando os problemas acima mencionados.

Conforme descrito na metodologia deste trabalho, a investigação de cada caso termina com a hipótese diagnóstica que o médico registra, logo após atender o paciente, pela primeira vez.

Observa-se na Tabela 22, que dos 878 (728 + 150) pacientes atendidos e registrados no Hospital em 150 (17,08%) a hipótese diagnóstica não foi registrada.

Finalmente, observa-se na Tabela 22 que a distribuição da assistência, segundo as cinco semanas do período em estudo, não apresenta variações que mereçam destaque, exceção feita para a terceira semana durante a qual houve um feriado, restando apenas quatro dias úteis e como consequência o volume de atendimento foi menor.

TABELA 22 - Pacientes que demandaram ao Hospital, durante o período de estudo, por semana e tipo de assistência prestada.

PERÍODO	ASSISTÊNCIA PRESTADA	ATENDIDOS PRIMEIRA VEZ		ATENDIDOS E DISPENSADOS PRIMEIRA VEZ		Total de pacientes entre- vistados	Total de pacien- tes atendidos no ambulatô- rio c/informa- ção registra- da p/ sistema	TOTAL GERAL
		Com hipótese Diagnóstica	Sem hipótese Diagnóstica	Com informa- ção no Ser- viço Social	Sem informa- ção no Ser- viço Social			
1. ^a Semana		155	37	96	40	328	3328	3368
2. ^a Semana		183	20	95	51	349	3341	3392
3. ^a Semana		105	44	40	36	225	2964	3000
4. ^a Semana		147	26	125	51	349	3550	3601
5. ^a Semana		138	23	131	58	350	3579	3637
T O T A L		728	150	487	236	1601	16762	16998

A Tabela 23 foi construída com o objetivo de avaliar a possível influência dos diferentes dias da semana, no volume da demanda de pacientes que procuraram o Hospital, pela primeira vez, segundo o tipo de assistência prestada.

Durante as cinco semanas em estudo, houve um feriado na sexta-feira, portanto o menor volume de demanda (235 pacientes) observado nas sextas-feiras explica-se por corresponder a apenas quatro delas, que ajustado para cinco daria 293 pacientes. É interessante notar que o número absoluto de pacientes que demandaram ao Hospital diminuiu paulatinamente durante os dias da semana, a saber: de 364 na segunda-feira para 293 na sexta-feira.

O volume de pacientes atendidos e marcada outra consulta no ambulatório, decresce de 214 na segunda-feira, para 150 na quinta-feira. Com relação à sexta-feira, ajustando-se os 140 atendimentos feitos em quatro dias para cinco, ter-se-ia 175 pacientes atendidos, representando um aumento, quando comparado com as quintas-feiras.

Em contrapartida, observa-se um aumento do número de pacientes atendidos e marcado retorno por falta de documento às quintas-feiras (90), quando comparado aos demais dias da semana.

As diferenças acima mencionadas são significantes ($P < 0,01$).

Na Tabela 24 é apresentada a conduta tomada pelo Hospital (assistência prestada), segundo a gravidade dos sinais e sintomas, apresentada pelo paciente.

Dos 264 pacientes portadores de sinais e sintomas considerados leves, 148 (56,06%) foram atendidos e marcada outra consulta no ambulatório do Hospital, enquanto apenas 70 (26,51%) foram atendidos e encaminhados a outros serviços. Dos 836 pacientes com sinais e sintomas considerados

TABELA 23 - *Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo tipo de assistência prestada e dias da semana.*

DIAS DA SEMANA ASSISTÊNCIA PRESTADA						T O T A L
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	
<i>Atendido e marcada outra consulta no ambulatório</i>	214	191	183	150	140	878
<i>Atendido e encaminhado para outro serviço</i>	92	105	80	77	55	409
<i>Atendido e marcado retorno por falta de documento</i>	58	63	63	90	40	314
T O T A L	364	359	326	317	235	1601

TABELA 24 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo tipo de assistência prestada e gravidade atribuída aos sinais e sintomas.

ASSISTÊNCIA PRESTADA	SINAIS E SINTOMAS	L E V E		MODERADO		G R A V E		T O T A L	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<hr/>									
Atendido e marcada outra consulta no ambulatório		148	56,06	271	54,09	459	54,90	878	54,84
Atendido e encaminhado para outro serviço		70	26,51	130	25,94	209	25,00	409	25,54
Atendido e marcado retorno por falta de documento		46	17,42	100	19,96	168	20,09	314	19,61
<hr/>									
T O T A L		264	100,00	501	100,00	836	100,00	1601	100,00

graves, apenas 459 (54,90%) foram atendidos e marcada outra consulta no ambulatório; para agravar a situação, 209 pacientes, isto é, 25,00% dos portadores de sinais e sintomas considerados graves foram atendidos e encaminhados para outros serviços. E em se tratando de um Hospital terciário, era de se esperar que todos os pacientes portadores de sinais e sintomas considerados graves; fossem atendidos e registrados, para continuidade do atendimento e que a grande maioria dos pacientes portadores de sinais e sintomas considerados leves fossem dispensados, o que não ocorreu.

Como foi descrito no material e método, os critérios para classificar os sinais e sintomas em leve, moderado ou grave, basearam-se nas informações fornecidas pelos pacientes aos entrevistadores.

Enquanto que a decisão de continuar o tratamento ou dispensar o paciente foi tomada com base no atendimento feito pelo próprio médico, talvez isto explique, em parte, a aparente incorrência acima mencionada.

A Tabela 25 demonstra em detalhes a demanda de pacientes, segundo o dia da semana, durante as cinco semanas do período em estudo.

Observa-se grande flutuação da demanda de semana para semana, mesmo comparando um único dia; por exemplo, na segunda-feira, da terceira semana, procuraram o Hospital apenas 48 pacientes novos, enquanto que, na segunda-feira da quinta semana, o volume de demanda quase duplicou, passando para 86 pacientes. O mesmo aconteceu em relação à quarta-feira da terceira e quarta semanas.

Este afluxo variável de pacientes ao Hospital, deve ser conhecido e levado em consideração no planejamento dos recursos humanos e físicos, necessários para atender à demanda.

TABELA 25 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, por semana, tipo de assistência prestada e dias da semana.

SE- MANA	DIAS DA SEMANA ASSISTÊN- CIA PRESTADA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	T O T A L
1ª	Atendido e marcada outra consulta no ambulatório	44	44	38	31	31	188
	Atendido e encaminhado para outro serviço	16	22	13	18	9	78
	Atendido e marcado retor- no por falta de documen- to	8	16	18	13	7	62
	T O T A L	68	82	69	62	47	326
2ª	Atendido e marcada outra consulta no ambulatório	59	42	47	38	46	232
	Atendido e encaminhado para outro serviço	15	13	15	11	16	70
	Atendido e marcado retor- no por falta de documento	10	9	9	8	11	47
	T O T A L	84	64	71	57	73	349
3ª	Atendido e marcada outra consulta no ambulatório	33	34	27	27	-	121
	Atendido e encaminhado para outro serviço	11	18	15	16	-	60
	Atendimento e marcado retorno por falta de documento	4	11	12	17	-	44
	T O T A L	48	63	54	60	-	225
4ª	Atendido e marcada outra consulta no ambulatório	43	39	40	27	32	181
	Atendido e encaminhado para outro serviço	21	24	23	15	13	96
	Atendido e marcado retor- no por falta de documen- to	14	12	13	26	7	72
	T O T A L	78	75	76	68	52	349
5ª	Atendido e marcada outra consulta no ambulatório	35	32	31	27	31	156
	Atendido e encaminhado para outro serviço	29	28	14	17	17	105
	Atendido e marcado retor- no por falta de documen- to	22	15	11	26	15	89
	T O T A L	86	75	56	70	63	350

Segundo KOONTZ & O'DONNELL³⁸ "planejamento é a função administrativa que compreende a seleção de objetivos, diretrizes, processos e programas a partir de uma série de alternativas. É uma tomada de decisões que afeta o curso futuro de uma empresa...".

4.2 Hipótese diagnóstica

Como foi mencionado anteriormente, dos 1601 pacientes que demandaram ao Hospital pela primeira vez, 874 foram atendidos, porém só se obteve hipótese diagnóstica de 728, conforme demonstra a Tabela 22. Estas 728 hipóteses diagnósticas estão distribuídas na Tabela 26, segundo sexo e os 17 Grupos da Classificação Internacional de Doenças. Observa-se que no total há um predomínio do sexo feminino, isto é, 425 (58,38%) das 728 hipóteses diagnósticas.

Em relação à morbidade o sexto grupo correspondente às doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos ocupam o primeiro lugar, com 138 casos (18,96%), dentre os 728.

Neste grupo de doenças, o sexo masculino apresenta maior número, isto é, 72, para 66 do sexo feminino.

Em segundo lugar destacam-se as doenças do aparelho geniturinário com 92 pacientes (12,64%). Neste grupo há uma nítida prevalência do sexo feminino, 77 casos, sobre o sexo masculino com apenas 15.

O grupo XVI correspondente a sintomas, sinais e afecções mal definidas vem em terceiro lugar, com 77 pacientes (10,58%).

As hipóteses diagnósticas incluídas neste grupo, ao invés de representar as bases sobre as quais deve se assentar a conduta, na assistência ao paciente, denota a di-

TABELA 26 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os Grupos da Classificação Internacional de Doenças e Sexo.

GRUPOS DE DOENÇAS	S E X O		M A S C U L I N O		F E M I N I N O		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	16	2,20	21	2,88	37	5,08		
II. Neoplasmas	6	0,82	12	1,65	18	2,47		
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	7	0,96	13	1,79	20	2,75		
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	4	0,55	2	0,27	6	0,82		
V. Transtornos mentais	17	2,33	25	3,43	42	5,77		
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	72	9,89	66	9,06	138	18,96		
VII. Doenças do aparelho circulatório	27	3,71	30	4,12	57	7,83		
VIII. Doenças do aparelho respiratório	13	1,79	15	2,06	28	3,85		
IX. Doenças do aparelho digestivo	28	3,85	11	1,51	39	5,36		
X. Doenças do aparelho geniturinário	15	2,06	77	10,58	92	12,64		
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	-	-	14	1,92	14	1,92		
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	9	1,24	20	2,75	29	3,98		
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	19	2,61	17	2,33	36	4,94		
XIV. Anomalias congênitas	7	0,96	12	1,65	19	2,61		
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0,14	2	0,27	3	0,41		
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	43	5,91	34	4,67	77	10,58		
XVII. Lesões e envenenamentos	17	2,33	9	1,24	26	3,57		
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	2	0,27	45	6,18	47	6,46		
T O T A L	303	41,62	425	58,38	728	100,00		

ficuldade de se elaborar uma hipótese diagnóstica na primei
ra consulta.

Excluindo-se o grupo XI (complicações da gravide
z, do parto e do puerpério) e excluindo-se também o último
grupo (fatores que exercem influência sobre o estado de saúde
e de oportunidades de contato com serviços de saúde) o teste
estatístico demonstrou não existir associação entre sexo
e grupos de doenças.

Os grupos de doenças, segundo as faixas etárias
dos pacientes são apresentados na Tabela 27. Aos grupos etári
os de 5 a 14, 15 a 24 e 25 a 34 anos correspondem os maiores
números de atendimento, isto é, 121 (16,62%), 165 (22,66%)
e 121 (16,62%), respectivamente das 728 hipóteses diagnósticas.

Ao discutir a Tabela 2, foi levantada a hipóte
se de que o predomínio dos grupos etários de 15 a 34 anos sobre
os demais, poderia ser explicado por tratar-se do período
de idade fértil da mulher.

De fato, verifica-se que no grupo X, correspondente
às doenças do aparelho geniturinário concentram-se os
maiores números relativos a estes grupos etários; conforme
o observado na Tabela 26 a grande maioria das hipóteses diagnó
sticas incluídas neste grupo corresponde ao sexo feminino
77 casos (83,69%), dos 92 pertencentes ao grupo. Em segundo
lugar aparecem os fatores que exercem influência sobre o esta
do de saúde e oportunidade de contato com serviço de saúde
onde se incluem os atendimentos de pré-natal, com 26 paci
entes para o grupo de 15 a 24 anos e 13 pacientes para o de
25 a 34, contribuindo para justificar a hipótese anteriormente
levantada.

TABELA 27 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os grupos da Classificação Internacional de Doenças e Grupos Etários.

GRUPO DE DOENÇAS	GRUPO ETÁRIO	Menos de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	65 a 74 anos	75 ou mais anos	TOTAL
I. Doenças infecciosas e parasitárias		3	1	5	10	4	6	5	1	2	-	37
II. Neoplasmas		1	-	1	2	5	2	1	2	3	1	18
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários		3	1	3	1	2	6	2	1	1	-	20
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos		1	-	3	1	-	-	-	1	-	-	6
V. Transtornos mentais		3	7	10	6	7	1	5	1	-	-	42
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos		11	22	38	11	13	10	10	9	9	5	138
VII. Doenças do aparelho circulatório		-	-	6	7	12	10	6	9	5	2	57
VIII. Doenças do aparelho respiratório		2	1	11	3	5	1	2	-	1	2	28
IX. Doenças do aparelho digestivo		2	1	2	8	8	6	4	4	2	1	39
X. Doenças do aparelho geniturinário		1	5	5	38	24	9	9	1	-	-	92
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério		-	-	-	4	4	5	1	-	-	-	14
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo		1	3	2	11	3	4	3	1	1	-	29
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		1	7	4	8	5	2	4	3	2	-	36
XIV. Anomalias congênitas		4	8	5	2	2	-	-	-	-	-	19
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal		-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	3
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas		4	11	17	15	11	9	4	3	2	1	77
XVII. Lesões e envenenamentos		-	3	5	9	3	3	-	-	2	1	26
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde		-	-	3	26	13	4	-	1	-	-	47
T O T A L		37	70	121	185	121	78	58	37	30	13	728

As 728 hipóteses diagnósticas, distribuídas segundo os grupos de doenças e nível de instrução do paciente, encontram-se na Tabela 28.

O predomínio de hipótese diagnóstica de paciente com nível de instrução correspondente ao primeiro grau incompleto 386 (53,02%), seguido dos analfabetos 229 (31,45%), reflete a distribuição por nível de instrução dos pacientes que demandaram ao Hospital das Clínicas, conforme apresentado e discutido na Tabela 3.

As hipóteses diagnósticas de pacientes com nível de instrução, correspondente ao primeiro grau incompleto, apresentam uma distribuição, segundo o grupo de doença, semelhante àquela do total das hipóteses diagnósticas. Nota-se que no grupo VI - Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, contêm o maior número de hipóteses diagnósticas, correspondentes a pacientes do primeiro grau incompleto (70), o mesmo acontecendo para o total das hipóteses diagnósticas (138) deste grupo. Situação idêntica é observada para os grupos de doenças cujas freqüências podem ser consideradas em segundo, terceiro, quarto e quinto lugares.

Com respeito aos analfabetos, isto não ocorre, a não ser para o VI grupo de doenças, com 46 casos. Em segundo lugar, encontra-se o Grupo XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas, com 27 casos, enquanto que o segundo lugar, ocupado pela distribuição do total de hipóteses diagnósticas, está no grupo X - Doenças do aparelho geniturinário (92 casos). Em terceiro lugar, no caso dos analfabetos, encontra-se o grupo XVII - Doenças do aparelho circulatório (26 casos), enquanto que, no total de hipóteses diagnósticas, o terceiro lugar é ocupado pelo grupo XVI - Sintomas, sinais e afecções mal defini-das, com 77 casos. Fato semelhante ocorre em relação ao quarto e quinto lugares.

TABELA 28 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os Grupos da Classificação Internacional de Doenças e Nível de Instrução.

GRUPOS DE DOENÇAS \ NÍVEL DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO	1º GRAU INCOMPLETO	1º GRAU COMPLETO	2º GRAU	NÍVEL SUPERIOR	T O T A L
I. Doenças infecciosas e parasitárias	12	18	4	3	-	37
II. Neoplasmas	7	9	1	-	1	18
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	13	6	-	1	-	20
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	4	2	-	-	-	6
V. Transtornos mentais	13	21	5	2	1	42
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	46	70	15	6	1	138
VII. Doenças do aparelho circulatório	26	29	1	1	-	57
VIII. Doenças do aparelho respiratório	8	15	2	3	-	28
IX. Doenças do aparelho digestivo	11	21	5	1	1	39
X. Doenças do aparelho genitourinário	19	56	7	10	-	92
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	2	10	-	2	-	14
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	11	12	2	3	1	29
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	9	20	4	2	1	36
XIV. Anomalias congênitas	3	13	1	1	1	19
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	2	1	-	-	-	3
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	27	41	3	2	4	77
XVII. Lesões e envenenamentos	9	16	1	-	-	26
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	7	26	7	6	1	47
T O T A L	229	388	58	43	12	728

Na Tabela 29 observa-se que o grupo VI, referente às doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos representa o maior contingente de pacientes, sejam portadores de sinais e sintomas considerados leves, moderados ou graves.

Nota-se a presença de uma quantidade relativamente elevada (45) de pacientes portadores de sinais e sintomas, considerados graves e cuja hipótese diagnóstica corresponde ao grupo XVI dos Sintomas, sinais e afecções mal definidas, quando se esperava conter neste grupo um grande contingente com sinais e sintomas, considerados leves e não graves. Por outro lado, entre os neoplasmas grupo II, aparecem casos de sinais e sintomas considerados leves (2) e moderados (6) num total de 18.

É interessante notar que a maior frequência tanto para sinais e sintomas leves, moderados ou graves pertencem ao grupo VI.

Como era de se esperar, encontra-se entre os fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidade de contato com os serviços de saúde grande quantidade de sinais e sintomas considerados leves (21), ocupando o segundo lugar na escala de frequência.

Com base na hipótese de que determinados grupos de doenças pudessem estar relacionados ao motivo da demanda, por exemplo: pacientes portadores de doenças, que a seu critério poderia representar sérios riscos à sua saúde, poderia procurar o Hospital, por confiar nele. Portadores de doenças, consideradas banais, procurariam o Hospital, pela proximidade da residência. As pessoas que se tratam no Hospital poderiam sugerir aos seus amigos a procura daquele, sempre que tivessem doença semelhante a sua ou correspondentes à especialidades que reconhecidamente estão bem desenvolvidas no Hospital. Com o objetivo de avaliar este assunto, elaborou-se a Tabela 30, on

TABELA 29 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os grupos da Classificação Internacional de Doenças e Gravidade atribuída aos sinais e sintomas.

GRUPOS DE DOENÇAS	SINAIS E SINTOMAS				TOTAL
		LEVE	MODERADO	GRAVE	
I. Doenças infecciosas e parasitárias		6	6	25	37
II. Neoplasmas		2	6	10	18
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários		-	3	17	20
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos		1	1	4	6
V. Transtornos mentais		6	7	29	42
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos		42	41	55	138
VII. Doenças do aparelho circulatório		1	20	36	57
VIII. Doenças do aparelho respiratório		2	8	18	28
IX. Doenças do aparelho digestivo		2	5	32	39
X. Doenças do aparelho genitourinário		10	37	45	92
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério		3	1	10	14
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo		4	12	13	29
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		10	21	5	36
XIV. Anomalias congênitas		1	3	15	19
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal		-	-	3	3
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas		7	25	45	77
XVII. Lesões e envenenamentos		5	13	8	26
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde		21	10	16	47
T O T A L		123	219	386	728

TABELA 30 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os Grupos da Classificação Internacional de Doenças e motivo da demanda.

GRUPOS DE DOENÇAS	MOTIVO DA DEMANDA	Orientado por outro serviço para procurar o H.C.	Sugestões de parentes ou amigos que se trataram no H.C.	Sugestões de parentes ou amigos que trabalham no H.C.	Não tem condições financeiras ou filiação a instituição para ser atendido	Confia no H.C. e desacredita dos outros serviços	Mora por to do H.C.	Para tentar fazer registro	TOTAL
I.	Doenças infecciosas e parasitárias	11	8	-	8	9	-	1	37
II.	Neoplasmas	10	1	2	3	2	-	-	18
III.	Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos hematológicos	14	-	-	1	5	-	-	20
IV.	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	3	1	-	1	1	-	-	6
V.	Transtornos mentais	21	1	2	9	8	-	-	41
VI.	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	73	14	-	18	33	-	2	139
VII.	Doenças do aparelho circulatório	39	2	-	9	7	-	-	57
VIII.	Doenças do aparelho respiratório	15	-	1	4	6	-	2	28
IX.	Doenças do aparelho digestivo	18	3	-	11	5	-	1	38
X.	Doenças do aparelho geniturinário	34	10	-	25	22	-	-	91
XI.	Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	5	2	-	1	6	-	-	14
XII.	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	14	4	1	2	8	-	-	29
XIII.	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	16	1	1	9	9	-	-	36
XIV.	Anomalias congênitas	13	4	-	2	-	-	-	19
XV.	Algumas afecções originadas no período perinatal	2	-	-	1	-	-	-	3
XVI.	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	45	6	2	11	12	-	-	76
XVII.	Lesões e envenenamentos	12	-	1	3	9	1	-	26
	Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	16	11	-	13	7	-	-	47
T O T A L		361	68	10	129	149	1	6	724

de se observa que as distribuições das hipóteses diagnósticas por grupos de doenças, segundo o motivo da demanda, parece não permitir avançar no sentido da hipótese anteriormente levantada.

A Tabela 31 apresenta as hipóteses diagnósticas segundo os grupos de doenças e as distâncias do domicílio do paciente ao Hospital.

Poderia acontecer que determinadas doenças, consideradas mais graves pelo doente o fizessem deslocar-se a grandes distâncias para procurar assistência, enquanto que para outras doenças consideradas banais, o paciente só procuraria as sistência se estivesse próxima de sua residência.

Analisando a Tabela 31 vemos que a grande maioria dos doentes residem até no máximo de 200km do Hospital.

Tomando-se os diagnósticos mais freqüentes, a exemplo os do grupo VI - Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, observa-se que a freqüência de doentes continua proporcionalmente a mais elevada, independente da distância.

Em relação ao grupo X - Doenças do aparelho geniturinários, nota-se que a freqüência é proporcionalmente maior entre pacientes que residem até 10km do Hospital, decrescendo paulatinamente com o aumento da distância.

As doenças infecciosas e parasitárias, geralmente consideradas banais, parecem motivar a demanda ao Hospital quando a distância é relativamente pequena, decrescendo acentuadamente a partir de 50km.

Diante do exposto a hipótese acima levantada parece razoavelmente justificada, entretanto, outros grupos, como sintomas, sinais e afecções mal definidas, a freqüência de doentes tem comportamento variável, sem guardar qualquer tipo de relação com a distância entre o domicílio do paciente e o Hospital.

TABELA 31 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os Grupos da Classificação Internacional de Doenças e distância do domicílio ao Hospital das Clínicas em km.

GRUPOS DE DOENÇAS	DISTÂNCIA DO DOMICÍLIO AO H.C.							Não pertencentes ao Estado de São Paulo	TOTAL
	1 — 5	5 — 10	10 — 50	50 — 100	100 — 200	200 — 400	400 — 600		
I. Doenças infecciosas e parasitárias	11	11	8	2	1	-	-	4	37
II. Neoplasmas	3	2	3	4	2	-	-	4	18
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos trinitários	4	-	3	7	2	-	-	4	20
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	-	-	2	2	-	-	-	2	6
V. Transtornos mentais	8	5	8	17	4	-	-	2	42
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	27	16	23	33	16	1	-	20	138
VII. Doenças do aparelho circulatório	10	6	8	14	9	-	-	10	57
VIII. Doenças do aparelho respiratório	4	5	5	9	3	-	-	2	28
IX. Doenças do aparelho digestivo	4	7	5	13	9	-	-	1	39
X. Doenças do aparelho genitourinário	25	17	22	16	7	2	-	3	92
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	3	6	3	-	1	-	-	1	14
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	3	6	5	8	4	1	-	2	23
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	6	2	9	3	2	1	5	26
XIV. Anomalias congênitas	2	1	4	7	2	-	-	3	19
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	1	-	1	-	1	-	-	-	3
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	17	9	16	17	10	-	-	6	77
XVII. Lesões e envenenamentos	3	1	4	9	6	1	-	2	26
Fatores que exerceram influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	8	21	8	6	3	-	-	1	47
TOTAL	139	119	132	173	85	7	1	72	728

TABELA 32 - Pacientes que procuraram, pela primeira vez, o Hospital, segundo Hipótese Diagnóstica, de acordo com os Grupos de Classificação Internacional de Doenças e o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital.

GRUPOS DE DOENÇAS	TEMPO DECORRIDO ENTRE O APARECIMENTO DOS 1ºs SINAIS E SINTOMAS E A PROCURA DO H.C.										TOTAL
	1 — 15 dias	15d — 1 mês	1 — 2 meses	2 — 4 meses	4 — 6 meses	6 — 12 meses	1 — 2 anos	2 — 5 anos	5 — 10 anos	10 ou mais anos	
I. Doenças infecciosas e parasitárias	9	1	4	0	1	5	3	3	4	-	36
II. Neoplasmas	3	2	3	2	2	3	-	1	-	1	17
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	5	1	-	0	1	2	-	3	1	-	19
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	1	2	-	-	-	1	1	-	1	-	6
V. Transtornos mentais	6	2	4	3	5	7	7	5	1	1	41
VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	21	12	10	29	8	16	21	14	7	4	127
VII. Doenças do aparelho circulatório	15	7	7	8	3	4	6	6	1	-	57
VIII. Doenças do aparelho respiratório	6	3	2	4	1	3	2	4	1	1	27
IX. Doenças do aparelho digestivo	5	3	6	6	2	6	3	2	5	1	39
X. Doenças do aparelho geniturinário	18	5	9	10	7	11	7	14	6	2	89
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	3	-	1	3	4	1	-	-	-	-	14
XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	7	1	2	3	-	5	3	3	4	1	29
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	1	0	7	2	5	7	5	-	-	36
XIV. Anomalias congênitas	3	-	1	4	3	-	1	4	3	-	19
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	17	4	7	14	7	9	5	5	5	3	76
XVII. Lesões e envenenamentos	18	5	1	1	-	-	1	-	-	-	26
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	9	1	6	8	5	15	2	-	-	-	47
T O T A L	151	50	69	109	51	93	71	69	40	15	718

Determinados grupos de doenças podem conter doenças de evolução rápida, levando os pacientes a procurarem o Hospital , pouco tempo após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Por outro lado, grupos de doenças com sintomas menos graves e de evolução crônica poderiam motivar o paciente a procurar o Hospital, longo tempo após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas.

Neste sentido foi elaborada a Tabela 32 que apresenta a distribuição das hipóteses diagnósticas e o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital das Clínicas.

Tendo em vista o anteriormente exposto, esperava-se que os 137 pacientes, portadores de doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (grupo VI) tivessem procurado o Hospital mais precocemente e fossem concentrados nos primeiros intervalos de tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura do Hospital. Acontece, porém, que este fato não ocorreu e o grupo de doença continua com maior número de casos em todos os intervalos de tempo, até mesmo de 05 a 10 anos. Esta situação acima descrita é válida, com pequenas flutuações para os demais grupos de doenças, tais como: grupo X - Doenças do aparelho geniturinário; grupo XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas, dentre outros.

A latência entre o aparecimento dos sinais e sintomas e a procura do Hospital das Clínicas se distribui de maneira aparentemente homogênea independente da hipótese diagnóstica.

5 - CONCLUSÕES

As conclusões que se seguem são válidas para o Hospital em estudo e nas condições que foram realizadas a pesquisa:

O estudo do processo de referência ao Hospital mostrou-se importante, para o conhecimento das peculiaridades relativas à clientela, às inter relações com os outros serviços de assistência à saúde, além de peculiaridades próprias do Hospital, com vistas a oferecer subsídios a fim de melhorar a organização da assistência à saúde da comunidade.

A maioria dos pacientes (85,23%) é analfabeta ou não completou o primeiro grau escolar e tem como profissão o trabalho como dona de casa (43,94%), na agricultura (15,51%), nos serviços dos desportos e das diversões (13,64%) (com grande contingente de empregadas domésticas) ou estão desempregados (12,39%).

Refletindo, talvez, a característica de Hospital Regional, observa-se que a procedência de pacientes da região (46,34%) é maior que do próprio município (37,48%) e a proporção de pacientes da zona rural, em relação à urbana, aumenta à medida que aumenta a distância entre o Hospital e a residência do paciente.

Levando-se em consideração o tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e a procura ao Hospital, observa-se que:

- *Os pacientes da zona urbana de maneira geral procuram mais precocemente o Hospital, quando residem mais próximo dele.*
- *Entre os pacientes que procuram o Hospital até 1 ano,*

após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, observa-se diminuição da proporção, com pequenas flutuações à medida que aumenta a distância. Entre os que procuram o Hospital, após o primeiro ano, esta proporção aumenta com a distância.

- *A profissão parece não exercer influência importante neste particular.*
- *Entre os pacientes que procuram o Hospital até 1 mês, após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, observa-se maior proporção de sinais e sintomas considerados graves (24,42%), diminuindo para moderados (16,98%) e para leves (15,38%). Depois do primeiro mês, isto não ocorreu.*

Dentre os pacientes que residem próximo e procuram o Hospital, em sua maioria, são portadores de sintomas leves, havendo maior proporção de sintomas graves, à medida que aumenta a distância.

Elevada porcentagem de pacientes procuram o Hospital, antes de passar por outros serviços, sejam portadores de sinais e sintomas leves (32,57%) ou graves (25,12%).

Dentre os pacientes que informaram ter procurado outro serviço antes, 95% foi atendido no serviço de origem.

A maioria dos pacientes que procurou o Hospital das Clínicas afirmou ter sido orientado por outros serviços, para fazê-lo (45,49%) e dentre os que não procuraram outros serviços antes, a maioria informou ter procurado o Hospital diretamente por não dispor de recursos econômicos, para pagar assistência médica e não confiar nos Centros de Saúde (54,63%).

Considerando-se o Hospital como de nível ter-

ciário seria desejável que os pacientes que o procuram fossem sempre referidos por outros serviços, entretanto, isto ocorreu em apenas 54,40% e 87,36% destes, não receberam do serviço de origem orientação para retornar, após o atendimento no Hospital das Clínicas.

O número de pacientes que demandam o Hospital é maior nas segundas-feiras, decrescendo paulatinamente até às sextas-feiras. Entretanto, existe grande flutuação na demanda para o mesmo dia, nas diferentes semanas. O conhecimento deste afluxo variável é importante no planejamento das atividades do Hospital.

As Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos ocupam o primeiro lugar, entre as hipóteses diagnósticas dos pacientes que procuram o Hospital, pela primeira vez (18,96%), em segundo lugar as Doenças do Aparelho Genitário (12,64%) e os Sintomas, Sinais e afecções mal definidas vêm em terceiro lugar (10,58%), talvez, pelas dificuldades de se obter hipótese diagnóstica na primeira consulta.

Além das conclusões acima, que respondem pelos objetivos propostos, observou-se que 14,74% dos pacientes foram atendidos e não registrados, conforme rotina estabelecida pelo Hospital, demonstrando que, mesmo em instituições dotadas de sistema organizado, rotinas pré-estabelecidas e equipe treinada pode haver imperfeições nas estatísticas geradas.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABEL-SMITH, B. & LEISERSON, A. A provechamiento máximo de los recursos mínimos. Foro mund.Salud, 1:166-78, 1980.
- 2 - AÇÕES Integradas de Saúde. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura, 1984.
- 3 - ACUÑA, H.R. Salud y desarrollo. Bol.Ofic.sanit.panamer., 91:95-8, 1981.
- 4 - ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev.Esc.Enf.USP, S.Paulo, 14:229-35, 1980.
- 5 - ALQUERES, H.V. Assistência médica na previdência social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5ª., Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.p.271-84.
- 6 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) Pelo direito universal à saúde - contribuição para os debates na 8ª Conferência de Saúde. Rio de Janeiro, 1985.
- 7 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) Propostas da ABRASCO para a 8ª Conferência de Saúde, Brasília, 17-21 de março de 1986. Rio de Janeiro, 1986.
- 8 - CAMACHO, J.S. Organização sistêmica de recursos humanos: uma proposta metodológica. São Paulo, 1981. (Tese de Doutorado-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

- 9 - CARVALHO, G.C.M. Subsídios para uma política de municipalização dos serviços de saúde. Rev.paul.Hosp., 32:14-24, 1984.
- 10 - CASTELLANOS ROBAYO, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol.Ofic.sanit.panamer., 82:478-92, 1977.
- 11 - CASTELLANOS ROBAYO, J. et al. Estructura de los servicios de atención médica. Educ.méd.Salud, 15:258-90, 1981.
- 12 - CASTELLANOS ROBAYO, J. Aplicacion funcional del concepto de niveles de atencion. Washington,D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1983. (Documento de Trabajo Preparado para la Reunión sobre "La Organización y Prestacion de Servicios de Salud según Niveles de Atención") [Mimeografado].
- 13 - CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES. Apostila de codificação de procedência - folha de alta hospitalar. Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, 1969. [Mimeografado].
- 14 - CLASSIFICAÇÃO internacional uniforme de ocupações;Aprovada pela Nona Conferência Internacional de Classificadores do Trabalho. Genebra, 1957. [Mimeografado].
- 15 - COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Proposta política para um programa de saúde. Saúde Deb.,17:34-6, 1985.
- 16 - CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata, URSS, 1978. Informe. Ginebra, Organization Mundial de la Salud,1978. (OMS-Série Salud para Todos,1).

- 17 - CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 1978. Relatório. Brasília, Unicef, 1984.
- 18 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. Relatório final. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- 19 - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. Saúde Deb, 17:21-2, 1985.
- 20 - DECRETO Nº 78.307: Aprova o Programa de Interiorização das Ações e Saneamento. Diário Oficial da União, Brasília, 25 ago. 1976.
- 21 - DROSNESS, D.L. et al. The application of computer graphics to patient origin study techniques. Publ.HLth Rep., 80:33-40, 1965.
- 22 - EXTENSION de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atencion primaria y participacion de la comunidad. Bol.Ofic.sanit.panamer., 83: 477-503, 1977.
- 23 - FÁVERO, M. Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 24 - FÁVERO, N. & FÁVERO, M. Análise quantitativa da assistência médica prestada em um hospital escola. Rev. paul.Hosp., 26:60-71, 1978.
- 25 - FERRAZ, S.M.T. Municipalização dos serviços de saúde: formação de uma estratégia. Rev.paul.Hosp., 33:272-75, 1985.

- 26 - FONSECA, A.S. A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social: primeiro ano. Rev. Adm. públ., 19:106-46, 1985.
- 27 - FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico. São Paulo: dados distritais. Rio de Janeiro, 1982. v.1, t.3, n.17. (9º Recenseamento Geral do Brasil, 1980).
- 28 - GONÇALEZ, J. O custo do paciente no hospital: fatores de terminantes. Rev. paul. Hosp., 30:16-22, 1982.
- 29 - GONZALEZ, A.J. Programación regional. In: SONIS, A. et al. Medicina sanitária y administración de salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1976. v.2, p.215-30.
- 30 - GUIMARÃES, C. Contribuição ao estudo para integrar os serviços de saúde na Gûina. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 31 - _____ Leitos e assistência hospitalar geral do Vale do Paraíba. São Paulo, 1979. [Tese de Docência-Livre - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 32 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP. Manual do serviço social médico. Ribeirão Preto, 1979.
- 33 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP. Rotina de atendimento do serviço social médico. Ribeirão Preto, 1983. [Mimeografado].
- 34 - IGLEHART, J.K. The Cost and Regulation of Medical Technology: Future Policy Directions. Milbank mem. Fd. Quart., 55:25-59, 1977.
- 35 - KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. Organização e administração: um enfoque sistêmico. 2ª ed. São Paulo, Pioneira, 1980. 2v.

- 36 - KISIL, M. Níveis de atenção num hospital-escola: avaliação através da complexidade tecnológica dos métodos diagnósticos. São Paulo, 1977. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- 37 - _____ Educacion en administracion en salud. Una evaluación del caso brasileiro. Bol.Ofic.sanit.panamer., 99:266-84, 1985.
- 38 - KOONTZ, H. & O'DONNEL, C. Princípios de administração: uma análise das funções administrativas. São Paulo, Pioneira, 1962. 2v.
- 39 - MACEDO, C.G. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.19-29.
- 40 - MAHLER, H. El sentido de "la salud para todos en el año 2000". Foro mund.Salud, 2:5-25, 1981.
- 41 - MALIK, A.M. Saúde e desenvolvimento. In: GONÇALVES, E. L., coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982. p.1-22.
- 42 - MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; revisão 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português/Ministério da Saúde/Organização Panamericana da Saúde, 1978. 1v.
- 43 - MATOS, A.V. Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 22ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, 1980. p. 85-104.

- 44 - MEDICI, A.C. O financiamento do setor saúde no Brasil: proposta para a Nova República. R.bras.Estat., Rio de Janeiro, 46:139-58, 1985.
- 45 - MENDES, E.V. Modelos assistenciais; Texto preliminar. Brasília, 1986. 16p. [Mimeografado].
- 46 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia básica em saúde. 2ª. ed. Brasília, 1985.
- 47 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. 3ª.ed. Brasília, 1983.
- 48 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS na Nova República. Brasília, 1986.
- 49 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Relatório de atividades. Rio de Janeiro, 1985.
- 50 - MORAIS, H.M.N. & FLORES, O. O plano de reorientação da assistência médica da Previdência Social: uma análise de sua coerência, factibilidade, viabilidade e desenho da estratégia. Rev.Adm.públ., 19:26-47, 1985.
- 51 - MOREIRA FILHO, D.C. Pesquisa operacional de sistemas de atenção médica ambulatorial de dois hospitais universitários do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 1980. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 52 - NICZ, L.F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E.L., coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982. p.163-96.

- 53 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Glosário de términos empleados en la serie "Salud para Todos"; Números 1-8. Ginebra, 1984.
- 54 - PELÁ, N.T.R. Contribuição ao estudo de assistência pré-natal em um município paulista. Ribeirão Preto, 1972 [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
- 55 - PÉREIRA, M.G. et al. "Cuidados primários de saúde no Distrito Federal". Brasília méd. 18:107-14, 1981.
- 56 - PLANO de Ações Integradas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Secretaria de Estado da Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/INAMPS/Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, 1983. [Mimeografado].
- 57 - POSSAS, C.A. & MARQUES, M.B. Subsídios à análise política das propostas de integração entre as instituições públicas de saúde. Rev.bras.Educ.méd., 8(2): 83-9, 1984.
- 58 - PRADA, A.H. El hospital básico y su funcion en los programas de extension de la cobertura de los servicios de salud. Bol.Ofic.sanit.panamer., 88:137-43, 1980.
- 59 - PROGRAMA Nacional de Serviços Básicos de Saúde:Prevsaúde, 1981-1986. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, 1981.
- 60 - PROPOSIÇÃO, de diretrizes:uma contribuição do Ministério da Saúde, versão preliminar. In:CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7º, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p.231-47.

- 61 - PUCU, S.S. & TEIXEIRA, M.C. Aspectos do setor saúde: participação do enfermeiro. Rev.bras.Enferm., 32: 375-84, 1979.
- 62 - REGULAMENTO. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1982.
- 63 - RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 03/81: Normas para adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas. Brasília, Ministério da Saúde/ Ministério da Previdência Social, 1981.
- 64 - REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, 39, Santiago, 1972. Plan Decenal de Salud para las Américas; informe final. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1972. (OPAS-Doc. oficial, 118).
- 65 - REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS, Washington, D.C., 1977. Informe final y documento de referencia. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1978. (OPAS-Doc.Oficial,155).
- 66 - RODRIGUES NETO, E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. Saúde Deb., (17):12-7, 1985.
- 67 - SANTOS, N.R. Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Rev.bras.Educ.méd. .., 5: 45-52, 1981.
- 68 - SANTOS, R.F. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1986. [Mimeografado].

- 69 - SARAIVA, J.L. et al. Regionalização de serviços de saúde de-área de Brasília. Rev.bras.Educ.méd., 3:31-44,1979.
- 70 - SEIXAS, J.C. Interiorização dos serviços de saúde.In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6ª, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 139-50.
- 71 - SHANNON, G.W. et al. The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. Med.Care Rev., 26: 143-61, 1969.
- 72 - SOARES, J. Extensão da cobertura por serviços básicos de saúde:participação do Ministério da Previdência e Assistência Social. In:CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.69-73.
- 73 - SOUZA, J.A.H. O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 7ª, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.77- 9.
- 74 - TEIXEIRA, S.M.F. Reorientação da assistência médica previdenciária:um passo adiante ou dois atrás?Rev.Adm.públ., 19(1): 48-58, 1985.
- 75 - VIANNA, S.M. Os programas de extensão de cobertura:limitações, dificuldades e riscos. In:CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.105-8.
- 76 - VILLAS BOAS, A. Extensão das ações de saúde às populações.In:CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5ª,Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p.219-42.

- 77 - YAZLLE ROCHA, J.S. & FÁVERO, M. Fatores que influenciam a demanda a um hospital regional. Medicina, Ribeirão Preto, 5(3): 141-51, 1972.
- 78 - YAZLLE ROCHA, J.S. Estudo da utilização de leitos hospitalares gerais do município de Ribeirão Preto, pela população do município, no ano de 1972. Ribeirão Preto, 1974. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 79 - YUNES, J. & PRIMO, E. Caracterização demográfica e social da realidade brasileira. In: GONÇALVES, E.L., coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982. p.23-73.

7 - ANEXOS

A N E X O 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

- T.S.....

Avaliação Médica de pacientes:

() que necessitam apresentar documentação para enquadramento.

Beneficiários de:

() INAMPS

() FUNRURAL

() IAMSPE

() OUTROS

NOME:.....

Nº P.A. DATA: / /

.....

Assistente Social

() Atender

() Dispensar

.....

Médico

A N E X O 2

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº de ordem _____ DATA _____

Entrevistador _____

Início da Entrevista _____ Término _____

Entrevistado _____

1 - Dados Pessoais :

Idade _____ Sexo _____

Instrução _____ Ocupação _____

Município de procedência _____

Zona: () Urbana () Rural

Distância da residência do paciente ao Hospital Univer-
sitário _____2 - O Sr.(a) se lembra quando foi que começou a sentir que
estava doente? _____

3 - O Sr.(a) poderia dizer como começou a doença?

_____4 - O Sr.(a) poderia dizer porque procurou este hospital e
não outro? _____

5 - Antes de vir a este hospital procurou outro(s) serviço(s)
de saúde para tratamento da doença? () Sim () Não
Caso SIM, passe à questão nº 6
Caso NÃO, passe à questão nº 8

6 - Serviço procurado:	Nome	Município	Distrito	Data
Hospital	_____	_____	_____	_____
Amb.do Hosp.	_____	_____	_____	_____
Amb.do INAMPS	_____	_____	_____	_____
Clínica Espec.	_____	_____	_____	_____
Pronto Socorro	_____	_____	_____	_____
Centro de Saúde	_____	_____	_____	_____
Posto de Saúde	_____	_____	_____	_____
Outros	_____	_____	_____	_____

7 - Caso não tenha sido atendido no(s) serviço(s) procurado(s) especifique a razão _____

8 - Caso não tenha procurado outro serviço(s) antes, especifique o motivo _____

9 - O encaminhamento recebido pelo paciente no serviço de origem foi: () VERBAL () ESCRITO
Qual foi o conteúdo do encaminhamento: _____

O encaminhamento foi feito por:

Médico ()

Pessoal de Enfermagem ()

Outra categoria de profissional ()

Ignora a categoria do profissional ()

Com recomendação de retorno:

() SIM

() NÃO

OBSERVAÇÃO: Após o atendimento, levantar os seguintes dados no prontuário do paciente:

Nº de Registro _____

Hipótese Diagnóstica _____

A N E X O 3

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº de ordem: _____ DATA _____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

1 - Dados Pessoais:

Data do Nascimento _____ IDADE _____

Ocupação _____ SEXO _____

Instrução: ANALFABETO ()

1º Grau Incompleto ()

1º Grau Completo ()

2º Grau ()

Nível Superior ()

Município de Procedência _____ BAIRRO _____

ZONA: Urbana () Rural ()

Distância da Residência do paciente ao Hospital Univer-
sitário _____2 - O Sr(a) se lembra há quanto tempo está se sentindo doen-
te? _____3 - O Sr(a) poderia dizer como começou a doença?
_____4 - Antes de vir a este hospital, procurou outro(s) servi-
ço(s) de saúde, para tratamento da doença?

SIM () (passe a questão nº6) NÃO ()

5 - Por que o Sr(a) não procurou outro serviço antes? - Pas-
se a questão nº 9 _____

6 - Serviço procurado:	Nome	Município	Data
Usina de Açúcar	_____	_____	_____
Creche ou escola	_____	_____	_____
Farmácia	_____	_____	_____
FUNRURAL	_____	_____	_____
Posto de Saúde ou Centro de Saúde	_____	_____	_____
Pronto Socorro	_____	_____	_____
Médico Particu - lar	_____	_____	_____
Clínica Especia lizada	_____	_____	_____
Ambulatório do INAMPS	_____	_____	_____
Hospital	_____	_____	_____

7 - Neste Serviço o Sr(a) foi atendido?

SIM () (passe a questão nº 9) NÃO ()

8 - Caso o paciente não tenha sido atendido no(s) serviço(s) procu
rado(s), qual foi o motivo? _____

9 - Por que procurou este hospital?

10- O Sr(a) recebeu encaminhamento do serviço de origem?

SIM ()

NÃO ()

11- O Encaminhamento recebido pelo paciente no serviço de ori
gem foi: VERBAL () ESCRITO ()

Qual foi o conteúdo do encaminhamento? _____

O encaminhamento foi feito por:

Médico () Outra categoria Profissional ()

Pessoal de enfermagem () Profissional de categoria ignorada ()

Com recomendação de retorno

SIM () NÃO ()

Este encaminhamento, quando foi feito pelo médico foi:

- A pedido do próprio paciente ()
- A pedido de instituições ()
- Por decisão do médico ()

12 - Assistência prestada: _____

OBSERVAÇÃO: Após o atendimento médico, levantar os seguintes dados no prontuário do paciente.

- Nº de Registro _____ ou Nº de P.A. _____

- Hipótese diagnóstica _____

ANEXO 4
FICHA DE CODIFICAÇÃO

NÚMERO DE ORDEM		1	2	3	4
IDADE:		5	6		
SEXO:		7	8		
OCUPAÇÃO:		9		10	
NÍVEL DE INSTRUÇÃO:		11		12	
MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA:	URBANA ☐ RURAL ☐	13		14	15
BAIRRO DE RIBEIRÃO PRETO:		16		17	18
DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA AO HC:		19		20	21
HÁ QUANTO TEMPO ESTA SE SENTINDO DOENTE ?		22		23	24
QUAIS OS PRIMEIROS SINTOMAS E SINAIS DA DOENÇA:		25		26	27
A) -----		28		29	30
B) -----		31		32	33
C) -----		34		35	36
ANTES DE VIR A ESTE HOSPITAL, PROCUROU OUTRO SERVIÇO?	SIM ☐ NÃO ☐	37		38	39
NÃO PROCUROU OUTRO SERVIÇO POR:		40		41	42
TIPO DE SERVIÇO PROCURADO:		43		44	45
MUNICÍPIO ONDE PROCUROU O SERVIÇO:		46		47	48
FOI ATENDIDO NO SERVIÇO PROCURADO? SIM ☐ NÃO ☐		49		50	51
SE NÃO FOI ATENDIDO, PORQUE?		52		53	54
PORQUE PROCUROU O HC?		55		56	57
RECEBEU ENCAMINHAMENTO NO SERVIÇO DE ORIGEM:		58		59	60
ENCAMINHAMENTO RECEBIDO VERBAL OU ESCRITO:		61		62	63
CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO:		64		65	66
PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O ENCAMINHAMENTO:		67		68	69
RECOMENDAÇÃO DE RETORNO: SIM ☐ NÃO ☐		70		71	72
ENCAMINHAMENTO QUANDO FEITO PELO MÉDICO:		73		74	75
ASSISTÊNCIA PRESTADA:		76		77	78
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:		79		80	81
-----		82		83	84
-----		85		86	87
-----		88		89	90
DATA DA ENTREVISTA:		91		92	93