DR
150

Q

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - SP

^{BS}
LUIZA SERAVALLE

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do Título de *Doutor em Saúde Pública*.

Orientador:
Professor Doutor Aldo da Fonseca Tinôco

SÃO PAULO
1985

DEDICATÓRIA

À minha mãe, "Dona" Flôr,
exemplo de Vida, testemunho de Amor;

Aos meus filhos, Acauã e Idati',
bons frutos cultivados na seara da Vida.

AGRADECIMENTOS

- Aos *professores da Faculdade de Saúde Pública*, pela orientação nas várias etapas do trabalho.
- Aos *funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, da Se*cretaria Estadual de Saúde e do INAMPS, em Campinas, da UNICAMP e da PUCC, pela solicitude com que nos receberam e forneceram as informações necessárias.
- Aos *colegas do INAMPS, em São Paulo, do Curso de Enferma*gem da UNICAMP, aos *funcionários da Faculdade de Saú*de Pública, aos *amigos e amigas* que de várias maneiras nos ajudaram, oferecendo sua confiança, apoio e incentivo.
- Em especial, *ã Vara e Márcia*, que além da coleta dos dados, participaram de outras fases do estudo e compartilharam dos momentos muitas vezes difíceis.
- A *todos* que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

ÍNDICE

Página

SIGLAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
2.. OBJETIVOS.	11
3. ASPECTOS CONCEITUAIS	13
4. CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO E MUNICÍPIO DE CAMPINAS.	29
4.1. Aspectos demográficos	30
4.2. Morbidade e Mortalidade	34
4.3. O modelo assistencial atual	36
5. MATERIAL E MÉTODO.	39
5.1. Material.	40
5.2. Método.	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
7. COMENTÁRIOS E SUGESTÕES.	105
8. CONCLUSÕES	116
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

ANEXOS

SIGLAS

A.I.S.	-	Ações Integradas de Saúde
A.Rs.	-	Administrações Regionais
CONASP	-	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pre <u>vi</u> videnciária
CS	-	Centro de Saúde
DRS-5	-	Departamento Regional de Saúde da 5a. Região Admi <u>nistrativa</u> do Estado
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Pre <u>vi</u> dência Social
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	-	Ministério da Saúde
PAMs	-	Postos de Assistência Médica
PS	-	Posto de Saúde
PUCC	-	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SSM	-	Secretaria de Serviços Médicos
UNICAMP	-	Universidade Estadual de Campinas
UP	-	Unidade Periférica

RESUMO

Após levantamento dos recursos físicos e humanos dos serviços públicos e dos serviços privados financiados pelo Setor Público, existentes no Município de Campinas, SP, para prestação de assistência médica e odontológica, procedeu-se à estimativa da cobertura potencial dos mesmos em relação à população do Município. Constatou-se que há insuficiente cobertura em assistência primária e um excedente considerável de recursos na maioria das especialidades médicas, o que evidencia a necessidade de reorganização dos recursos existentes.

São sugeridas medidas técnicas e administrativas para maior racionalização e eficiência do sistema de saúde de Campinas.

S U M M A R Y

After a survey on the physical and human resources of the public services as well as of the private services supported by the Public Sector, rendering medical and odontological assistance, existent in Campinas city, State of São Paulo, Brazil, an apprizement of their coverage potential in relation to the population of the city was carried out. It was found out that the coverage in primary care is inadequate and that there is a considerable excess of resources in the majority of the medical specialties, what makes evident the need for a reorganization of the existing resources.

Technical and administrative standards for a better rationalization and efficiency of the Campinas Health System are suggested.

1. INTRODUÇÃO

Estudos publicados nos últimos anos sobre a nossa organização sanitária e assistencial ressaltam a falta de coordenação entre as entidades que atuam no setor saúde.¹⁹ e

35

Nesse quadro referencial, a assistência à saúde mostra-se extremamente prejudicada pela multiplicidade de órgãos públicos e instituições privadas financiadas pelo poder público competindo por recursos que acabam sendo pulverizados no processo de divisão¹⁹, e "estiolam-se, consumidos por um sistema de prestação de serviços desvirtuado em sua finalidade, concentrado e sofisticado em demasia, em contradição com a estrutura de necessidades e orientado, prioritariamente, para os interesses dos produtores de serviços e de insumos e outros bens de 'saúde'.¹⁷

A preocupação do governo brasileiro com essa situação está expressa em vários documentos, sendo um dos mais importantes a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.¹⁵

Especificamente em relação ao Ministério da Saúde - MS - e ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS - várias medidas vêm sendo adotadas no sentido de implementar os dispositivos da Lei acima referida, valendo lembrar as diretrizes técnicas contidas na Portaria Interministerial nº 001/78, de 26 de julho de 1978.³⁰

Devido ao papel hegemônico da Previdência Social

no contexto geral do setor saúde³⁵ reveste-se de suma importância a política adotada pelo MPAS nas últimas décadas.

O modelo assistencial decorrente dessa política, orientado no sentido da privatização e da sofisticação dos serviços de saúde, tem sido objeto de análise e inúmeras críticas por parte de estudiosos, técnicos e autoridades da área da saúde.^{18 e 37}

As críticas apontam, entre outras, a "incompatibilidade entre uma prática de saúde marcada pela preocupação social e lucratividade no setor saúde"¹³ gerando distorções que se refletem negativamente na qualidade da assistência prestada à população, uma vez que "os produtores de serviços assistenciais, no campo da medicina de mercado, estão preocupados em produzir lucros financeiros, desconsiderando, não raramente, os problemas relacionados com a proteção e recuperação da saúde dos consumidores de serviços médicos".¹⁸

O reconhecimento do Governo da necessidade de mudar o sistema vigente de prestação de serviços médico-odontológicos da Previdência Social, deu origem, recentemente, à instituição do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, que "tem por finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária" - mais de 80% da população brasileira³⁴ - "assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida assistência. Deve, ainda, o CONASP, propor medidas de avaliação

e controle para o sistema de assistência médica".^{2 3}

O conteúdo e estratégia do plano do CONASP estão consubstanciados no trabalho "Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", de agosto de 1982, onde são relacionadas as distorções e implicações do modelo atual e explicitados os princípios técnicos que devem nortear a reversão gradual do atual modelo assistencial da Previdência Social.^{2 3}

Algumas distorções apontadas pelo CONASP podem ser assim resumidas:

- serviços inadequados às reais necessidades da população;
- má distribuição e uso excessivo de alta tecnologia;
- insuficiente integração programática interinstitucional;
- paralelismo de ações e duplicidade de gastos, pela insuficiência ou falta de controle das modalidades assistenciais;
- sub-utilização dos serviços públicos em geral;
- desequilíbrio e imprevisibilidade financeira.

Na proposta para reversão da atual situação constam, entre outras medidas:

- integração programática e financeira entre os órgãos normativos e executivos do setor saúde;
- organização dos serviços públicos e privados, a

partir de critérios de regionalização e hierarquização desses serviços em níveis de complexidade crescente;

- planejamento da assistência à saúde, de acordo com parâmetros aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias das instituições envolvidas;
- utilização total da capacidade do setor público, tanto para a prestação de serviços básicos, como para aqueles que exigem pessoal, equipamento e tecnologia mais diferenciada;
- estímulo às modalidades que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária e mecanismos adequados para seu controle;
- participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, bem como na sua gerência, nos níveis central, regional e local.^{2 3}

Nesta linha de reformas sugeridas pelo CONASP, a Secretaria de Serviços Médicos do MPAS determinou medidas, através da Portaria nº MPAS/SSM/215, promovendo a "integração das instituições de saúde federais, estaduais, municípais e outras, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado, dando prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, que representa a entrada para o sistema de saúde".^{2 1}

No mesmo documento, estende à área metropolitana

de Campinas, entre outras, os efeitos da Portaria nº MPAS/SSM-210, de 26 de agosto de 1982 que, basicamente, estabelece normas preliminares para implantação do Projeto de Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde na Área Metropolitana de Niterói, Estado do Rio de Janeiro.²⁰

O interesse das autoridades locais de Campinas em implementar um modelo racional de assistência data já de alguns anos, sendo que, em junho de 1977, iniciou-se um trabalho integrado visando a regionalização dos serviços de saúde, com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, UNICAMP, do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do INAMPS.²⁵

Embora o desenvolvimento desse trabalho tenha sido prejudicado por vários fatores político-administrativos, as autoridades locais e os técnicos das instituições envolvidas continuaram envidando esforços no sentido de sua implementação. Esses esforços ganharam novo alento com a publicação do Decreto nº 8.884, de 07 de maio de 1.982, que dispõe sobre a criação de um projeto de integração docente-assistencial na área da saúde, para a região de Campinas - o Pró-Assistência I¹⁰. Foram criados um Colegiado Inter-Institucional e uma Secretaria Executiva com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, do Departamento Regional de Saúde da 5a. Região Administrativa do Estado - DRS-5, do INAMPS, da UNICAMP e da PUC de Campinas, que vêm desenvolvendo trabalho intensivo para operacionalização das medidas propostas. Em novembro do mesmo ano, a publicação da Porta

ria nº MPAS/SSM/215, já referida, veio dar maior respaldo e amplitude ao projeto, uma vez que determina a participação do INAMPS em um sistema assistencial integrado, regionalizado e hierarquizado.

As condições para implantação desse sistema em Campinas, de acordo com parecer do Colegiado Inter-Institucional do Pró-Assistência I⁷, apresentam-se favoráveis em vários aspectos, dos quais citamos:

"1 - Existência de uma rede básica de Postos de Saúde, já implantada e que inclui: 37 Postos de Saúde da Prefeitura Municipal, 9 Unidades da Secretaria de Estado da Saúde e 4 da Faculdade de Ciências Médicas da PUCC.

2 - Existência de dois Hospitais Universitários a pares para o atendimento secundário e terciário.

3 - Ambulatórios próprios do INAMPS onde se desenvolvem todas as especialidades médicas".⁷

A finalidade do Pró-Assistência I é promover a melhoria da assistência à saúde da população do Município de Campinas e gradativamente assegurar a expansão do projeto inicial para os demais municípios da micro-região.

Para isso, entre outras medidas, objetiva criar condições para a reorganização dos serviços e "mecanismos que possibilitem o planejamento e avaliação do Sistema de Saúde, segundo critérios adequados de cobertura assistencial e previsibilidade orçamentária".³¹

Nesse sentido, vale lembrar que segundo TINOCO "o planeja

mento é um processo racionalizador de decisões para a mudança ou para a manutenção do "statu quo". Lança mão de instrumentos metodológicos que são as técnicas, as quais, conforme a ênfase a ser dada ao problema, podem ser dirigidas ao âmbito local ou regional ou nacional".³⁶

Dessa forma, um trabalho dirigido ao planejamento e organização dos serviços de saúde de Campinas pareceu-nos justificável, na medida em que poderá, eventualmente, contribuir para maior integração e racionalização daqueles serviços.

Esse estudo, originalmente, estava dirigido estritamente ao setor público, por considerarmos que a articulação e integração dos serviços de saúde do referido setor representam o primeiro passo para a implementação de um efetivo sistema nacional de saúde.

Além disso, parecia-nos que a inclusão dos demais serviços, de imediato, poderia dificultar a viabilização de medidas racionalizadoras do sistema, não só por sua maior complexidade como, também, pelos fatores políticos e administrativos envolvidos, os quais serão comentados oportunamente.

No entanto, a recente celebração do convênio entre o MPAS/INAMPS e o Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde para o financiamento e implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde¹, abriu novas perspectivas quanto à viabilização de um sistema de saúde em bases mais racionais, propondo, inclusive, a elaboração conjunta dos Planos Estaduais de Saúde, englobando não somente

as ações do setor público mas também as ações desenvolvidas pelo setor privado.

Assim, pareceu-nos oportuno estender o estudo à totalidade dos serviços públicos de saúde a aos serviços privados financiados pelo setor público, considerando, ainda, que o setor privado é responsável por parcela significativa da assistência prestada à população.^{23 e 31}

Outrossim, vale lembrar a preocupação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - que, em recente programação⁹ destaca a importância de estudos na área correspondente à organização e funcionamento de instituições de saúde, acrescentando: "É a atividade de pesquisa que, em especial, deverá ser incorporada às atividades do pessoal de serviço, com a vantagem de que esse pessoal identificará as necessidades por ele vivenciadas, definindo melhor os objetivos de investigação e assim aumentando a possibilidade imediata de utilização do conhecimento produzido. Nesta área, o foco de desenvolvimento da pesquisa identifica-se com o próprio ambiente dos serviços de saúde, e o sentido principal é o de transpor a lacuna entre produção do conhecimento e sua aplicação".⁹

Na condição de profissional de saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS-, entidade responsável pela prestação de assistência no âmbito do MPAS, temos tido oportunidade de vivenciar situações as mais diversas, a nível local de prestação de serviços e a nível regional, aqui participando de trabalhos de plane

jamento, controle e avaliação dessa assistência.

Essas experiências permitem identificar sérios pro
blemas decorrentes da falta de coordenação entre os servi
ços e nos estimularam no sentido de tentar dar a nossa contrii
buição mais específica, numa linha de estudo e pesquisa, ao
processo de racionalização da assistência à saúde.

Considerando, ainda, os aspectos de ordem prática
que o trabalho assume, pretende-se contribuir para a imple
mentação das Ações Integradas de Saúde no Município de Campinas, através dos dados levantados ou das questões aqui
apresentadas, propiciando a oportunidade de uma análise crí
tica dos mesmos que possa conduzir à intervenção na realida
de dos serviços de saúde, no sentido de sua melhor adequa
ção às necessidades da população do Município.

Finalmente, espera-se que a metodologia aqui utili
zada possa nortear outros trabalhos, em outros municípios
ou regiões, que visem objetivos semelhantes.

2. OBJETIVOS

- Identificar os tipos de serviços de saúde existentes no Município de Campinas, SP, de acordo com o vínculo institucional e nível de assistência prestada.
- .- Analisar o potencial de atendimento desses serviços e a cobertura potencial dos mesmos em relação à demanda prevista para a população do Município de Campinas, SP, de acordo com os parâmetros de produtividade e de cobertura assistencial recomendados pelo CONASP.
- Propor medidas técnico-administrativas para maior racionalização do sistema de saúde de Campinas, com base nas propostas já existentes e na análise do potencial dos serviços objeto de estudo.

3. ASPECTOS CONCEITUAIS

3.1. Sistema de saúde

Segundo a Organização Panamericana de Saúde²⁹, sistema de saúde é um "conjunto de mecanismos através dos quais os recursos humanos e a capacidade instalada se organizam por meio de um processo administrativo e de uma tecnologia médica para oferecer assistência de saúde integral, em quantidade suficiente e de qualidade adequada para cobrir a demanda de serviços da comunidade a um custo compatível com os fundos disponíveis".

3.2. Níveis de assistência

A expressão "níveis de assistência", por sua vez, é usada para caracterizar o maior ou menor grau de especialização médica requerida para a prestação de serviços de saúde. Além disso, o conceito de níveis de assistência implica no reconhecimento de que existe uma relação natural entre a complexidade de uma determinada situação de saúde e a complexidade dos métodos e recursos necessários para atender à dita situação.^{2 e 6}

Os critérios de classificação podem ser variáveis, porém em geral levam em consideração:

a) os atributos de frequência e complexidade dos problemas de saúde. A escala de níveis deve refletir uma

progressão ascendente de complexidade na qual o nível ele
mentar corresponde aos enfoques e ações mais simples para
situações também simples;

b) as características das afecções, segundo sejam
agudas ou crônicas. Para as primeiras, a possibilidade de
assistência deve ser não só imediata como contar com capa
cidade rápida de resposta, seja para a solução do problema
no nível de entrada ou para seu encaminhamento aos níveis
de maior complexidade de recursos.

Desse modo se obtêm diversos grupos: eventos co
muns e simples que requerem elementos básicos de habilidade
e tecnologia; outros menos frequentes e mais complexos que
necessitam habilidades e tecnologia de tipo médio e, por úl
timo, situações altamente complexas e mais raras para cuja
assistência são necessárias habilidades especializadas e
uma tecnologia mais avançada.

Esta forma de agrupar os problemas e as respostas
de assistência dos sistemas de saúde deu origem à composi
ção clássica de pelo menos três combinações funcionais de
serviços ou níveis, dos quais o de menor complexidade, deno
minado "nível primário", compreende as ações mais elementa
res e indiferenciadas do sistema e constitui o ponto de con
tato com a comunidade ou "porta de entrada" da mesma ao sis
tema institucionalizado.^{2 e 6}

Os outros níveis, secundário, e terciário, cor
respondem a serviços especializados de complexidade tecnoló

gica maior, que atuam em geral sobre a base de referência dos indivíduos e situações de saúde geradas no nível primário.

Praticamente, em todos os sistemas de saúde se pode reconhecer a existência de níveis de assistência, embora em alguns a aplicação do conceito e sua utilização para a programação de serviços não tenham sido desenvolvidos.⁶

Na utilização do conceito de níveis de assistência é necessário levar em consideração que a determinação de níveis varia para cada sistema de saúde em particular, segundo a natureza e características dos problemas de saúde correspondentes e de acordo com os recursos humanos, técnicos, financeiros, etc., de que dispõe o sistema.

Deve-se considerar, ainda, que os níveis de assistência, como conjunto de funções, não são sinônimos de unidades ou estabelecimentos por meio dos quais se presta o serviço; no entanto, existe uma relação entre os dois, já que um nível determinado e por conseguinte um conjunto de níveis, condicionam a seleção e sistematização dos tipos de unidades mais convenientes. Por outro lado, em um dado estabelecimento se pode desenvolver, e de fato assim ocorre na prática, mais de um nível de assistência.⁶

Exemplificando as ações que se desenvolvem nesses três níveis, pode-se citar, entre outras:

a) cuidados primários - vacinação, controle de grupos biológico e socialmente mais vulneráveis e de maior ris

co (como crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos), reconhecimento e tratamento de afecções e traumatismos mais comuns, como gripe, tosse, diarreia, verminose, algumas dermatites, ferimentos e outras demandas de primeiro socorros, realização de alguns exames laboratoriais, quando possível, colheita e envio de material ao laboratório de referência, ações de saneamento e de vigilância epidemiológica.²

Os cuidados primários são prestados em unidades sanitárias, entendidas como os estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência médico-sanitária a uma população, em áreas geográficas definidas, sem internação de pacientes.^{2 4}

As unidades sanitárias executoras desses cuidados primários abrangem dois tipos principais:

- Posto de Saúde, unidade sanitária simplificada, operado geralmente por pessoal auxiliar, recrutado preferentemente na própria localidade do serviço de saúde; esses Postos, dependendo das suas características e da facilidade de acesso a outras unidades, poderão ou não receber periódicamente a visita de um médico para dar consultas agendadas previamente pelos auxiliares.^{2 4 e 3 2}

Dependendo, porém, do sistema de saúde, esses Postos poderão diferir em algumas características, por exemplo, contando com o médico diariamente, além do pessoal auxiliar.

- Centros de Saúde - unidade sanitária mais complexa, que deverá executar todas as atividades do Posto, acrescidas de assistência médica permanente e exames laboratoriais simples. Essas unidades devem proporcionar apoio técnico e administrativo a um determinado número de Postos, atendendo, também, à clientela encaminhada por essas unidades elementares;²⁴

b) cuidados secundários - são prestados em ambulatorios com especialistas, em hospitais gerais ou unidades mistas, para esclarecimento de diagnóstico e tratamento, incompatíveis com a tecnologia simplificada existente nas unidades de cuidados primários. Em linhas gerais, prestam serviços médico-cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos e utilizam tecnologia intermediária; devem servir a populações abrangidas por várias unidades de assistência primária.^{24 e 32}

O "ambulatório" é definido como, uma unidade do hospital ou de outro serviço de saúde destinada à assistência a pacientes externos para diagnóstico e tratamento.

"Hospital Geral" é o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino).

A "unidade mista", também conhecida como "unidade

integrada" ou "hospital-unidade sanitária", é o estabelecimento de saúde com as características de Unidade Sanitária, acrescido de leitos para internação de pacientes, basicamente, em clínica pediátrica, obstétrica e médico-cirúrgica de emergência;^{2 4}

c) cuidados terciários - incluem os cuidados prestados em hospital especializado, que atende pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica, e no hospital de base, que é o hospital geral destinado a constituir-se em centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes encaminhados de outros hospitais, além da assistência médica-cirúrgica nas áreas básicas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e de emergência.^{3 2}

Nesse nível são alocados recursos humanos e materiais mais especializados, utilizando tecnologia complexa e voltados ao diagnóstico e tratamento de doenças mais raras ou complexas.

Em geral, esses hospitais servem como campo de prática para faculdades de medicina, enfermagem e de outras áreas da saúde destinando-se, também, ao desenvolvimento de pesquisas e tecnologias assistenciais e são considerados núcleos de referência para várias regiões de saúde.^{2 e 3 2}

Portanto, pode-se dizer que o conceito de nível de assistência, "encerra dois componentes claramente distintos: a necessidade de assistência e a capacidade dos sistemas de ser

viços para satisfazê-la".²⁸

Considerando-se que as necessidades mais frequentes, geralmente requerem recursos e tecnologia mais simples, e que as menos frequentes exigem recursos e tecnologias mais complexas, todas as necessidades poderão ser atendidas mediante o sistema de níveis de assistência.

O primeiro nível de assistência, que inclui os elementos básicos e menos diferenciados do sistema, poderá atender eficazmente às necessidades mais frequentes, admitindo-se um grau de resolução superior a 80% dos casos.³²

Os outros níveis constituem-se em serviços mais especializados, de complexidade crescente, para atendimento dos casos que requeram recursos técnicos mais diferenciados.

3.3. Sistema de referência

Para atender à finalidade de um bom sistema de assistência, é necessário que, entre outros serviços, haja "acessibilidade funcional, ou seja, os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis em qualquer momento, para atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer".²⁸

Cabem algumas considerações sobre o termo "referência", que tem sido empregado pelos técnicos do setor saúde em sentido bastante específico, se comparado ao significado que lhe é comumente atribuído em nosso idioma.

Encontramos o termo "referência" com o significado de "alusão a alguma coisa, narração, comunicação feita a alguém sobre outrem ou sobre algum fato", conforme BUENO.⁵

Por sua vez, FERREIRA¹¹ define "referência" como ato ou efeito de referir, contar, relatar.

Pesquisando seu significado em francês, encontramos algumas concordâncias com o português mas, também, algumas variações: *réfêrence: action de rapporter une chose à une autorité*".³

Por sua vez, AZEVEDO⁴ explica "*réfêrence*" como ação de referir, de comparar, enquanto "*référer*" pode ser empregado, também, em sentido mais específico: "*Recorrer ao tribunal, ao juiz...*".

No dicionário "Novo Michaelis" aparece "reference" também com o sentido de encaminhar, dirigir. ...He was referred to the association for assistance = ele foi encaminhado à associação para obter auxílio".²⁷

Finalmente, WEBSTER³⁸ exemplifica sobre o sentido de "refer" - to send or direct for treatment, information, decision. Refer a student to a dictionary. Refer a bill to a committee. Refer a patient to a specialist."

Reportando-nos, agora, à bibliografia específica do setor saúde, encontramos inúmeras citações do termo "referência", empregado, geralmente, nos enfoques relacionados à organização e operacionalização de sistemas de saúde.

Assim, no relatório da IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas²⁸, cujo tema foi "Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde nas Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade", a palavra "referência" aparece em vários tópicos, dos quais citamos (os grifos são nossos):

"Essa forma de agrupamento dos problemas e da assistência prestada pelos sistemas em resposta à demanda deu origem à clássica configuração de combinações funcionais de serviços ou níveis, dos quais o menos complexo, denominado primeiro nível de assistência, inclui os elementos mais elementares e menos diferenciados do sistema e constitui o ponto de contacto com a comunidade e seu meio de acesso ao sistema institucional. Os outros níveis representam serviços mais especializados, de crescente complexidade, que em geral funcionam mediante *referências individuais*." (Página 28).

"Quase todos os sistemas de saúde reconhecem a existência dos níveis de assistência, embora nem sempre se tenha conseguido, mediante a *referência de pacientes de outros níveis*, a máxima utilização possível dos mesmos." (Página 28).

"A classificação de problemas e funções de acordo com sua importância - que constitui a base da definição dos níveis - implica uma clara definição das atividades a serem desenvolvidas em cada nível e, por conseguinte, determina

as tecnologias mais apropriadas, o tipo de pessoal e as *vinculações entre os níveis, ou seja, o sistema de referência, que assegura aos pacientes o acesso aos níveis em que seus problemas possam ser solucionados.*" (Páginas 30 e 31).

"Que se estabeleça vinculações entre os níveis mediante o sistema de referência. Para esse efeito, cumpre fixar normas apropriadas para transferência de pacientes, mobilidade do pessoal, intercâmbio de informações, apoio técnico-administrativo e supervisão. Dada a importância da comunicação entre os níveis de assistência, merecem especial atenção no processo administrativo a fixação de padrões e a supervisão das atividades." (Página 32).

A revista "Contact", da Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas, em artigo sobre o "Proyecto de servicios integrados de salud en Miraj, India" faz o seguinte comentário no capítulo "Cuidados Médicos Simples y Referencia de los Casos Difíciles: El tratamiento por las enfermedades menores es proporcionado por las enfermeras - parteras auxiliares todos los dias, durante medio dia, en los subcentros.²⁶

Alrededor del 80% de los pacientes son cuidados por los auxiliares en los subcentros y en los puestos de salud. Los casos difíciles son *enviados* a los médicos en sus visitas semanales y, si es necesario, son *mandados* al centro de salud más próximo o al hospital del distrito para atención inmediata. Aunque solo un 2% de los pacientes *re*

quieren esta *transferencia* a los centros o al hospital, es una parte esencial del servicio."²¹

A "Declaração de Alma-Ata", formulada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde⁸, caracterizando os cuidados primários de saúde, entre outras, afirma: "devem ser apoiados por *sistemas de referência* integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade".

No Brasil, a 7a. Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi "Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos", deu ensejo à apresentação de vários trabalhos.

Ao discorrer sobre a "Expansão dos Serviços de Saúde nas Áreas Metropolitanas", JATENE¹² relata a experiência da Secretaria de Saúde de São Paulo em um projeto que prevê "a regionalização e hierarquização de toda a rede de atendimento médico-hospitalar existente, com a criação, também, de *ambulatorios de referência isolados, ou acoplados a hospitais para onde os pacientes da rede básica seriam, inicialmente, referidos*. Estes ambulatorios, próprios ou contratados do INAMPS, permitiriam a *referência aos hospitais, para internamento, ou a contra-referência para a rede básica*, a fim de realizar o controle ambulatorial".

Na mesma Conferência Nacional de Saúde, KWITKO¹⁴ apresentou "Modelos de Serviços Básicos e sua articulação

com os serviços especializados", quando alertou para "algumas das principais distorções que podem se verificar no processo de articulação entre os diversos níveis", entre elas, a "baixa capacidade resolutiva, em especial da rede de serviços básicos, determinando *excesso de referência de casos aos demais níveis, principalmente à rede hospitalar*. Trata-se de uma distorção extremamente grave, uma vez que a expansão de cobertura à população poderá, nesse caso, gerar uma demanda hospitalar, além de desnecessária, incapaz de ser custeada com os recursos disponíveis".

Durante o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e realizado em Brasília em 1980, LIMA¹⁶ afirmou que "A regionalização, como princípio aplicado ao Setor Saúde, repousa na idéia geratriz de que um sistema de saúde deveria estar organizado em níveis, desde a periferia até os *centros de influência e referência político-econômico-cultural, tendo como determinante a articulação funcional entre os vários níveis*, de modo a que se atenda tanto à imperiosidade da racionalidade econômica como às necessidades fundamentais da coletividade".

No "Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde³²", há pelo menos nove citações do termo "referência", das quais citamos: "Os *mecanismos de referência* dos níveis de menor para maior complexidade devem ser estabelecidos de modo a garantir o acesso de toda a população ao atendimento de que necessita". (Página 16).

"Nos níveis secundário e terciário ambulatorial de envolvem-se atividades de apoio, *cujo acesso fica condicionado à referência do nível primário*, exceto nos casos de riscos que necessitam atenção diferenciada imediata." (Página 18).

"O sistema de controle estará particularmente voltado para o acompanhamento da capacidade resolutive da rede de serviços básicos, em termos quantitativos e qualitativos. *Parâmetros de desempenho serão estabelecidos em relação às variáveis básicas dos serviços, tais como, coeficiente e composição da referência*, composição das atividades..." (Página 37).

Finalmente, é oportuno registrar duas citações contidas no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.^{2 3}

1a. - No item "Proposições Gerais" aparece a "Hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, obedecidas às características locais". (Página 25).

2a. - Entre as proposições específicas quanto à atenção hospitalar, as relativas aos hospitais governamentais, de ensino e beneficentes incluem: "estabelecimento de uma rede de Centros de Referência para o atendimento hospitalar no país, inclusive no tocante à pesquisa e formação de recursos humanos, utilizando basicamente hospitais desse

grupo". (Página 28).

As citações aqui registradas mostram que o termo em questão apresenta certas variações em seu significado, quer seja colocado em um contexto mais amplo ou mais restrito, porém, sem dúvida, adquiriu um sentido específico na linguagem técnica do setor saúde - um neologismo já consagrado em nosso meio.

Assim, para melhor atender aos objetivos desse estudo, deverá ser considerado *"sistema de referência" as vinculações entre os níveis de assistência, que assegurem aos usuários o acesso aos serviços de saúde em que seus problemas possam ser resolvidos, o que pressupõe, entre outras medidas, a regionalização daqueles serviços.*

A regionalização, por sua vez, orienta-se segundo alguns princípios, destacando-se:

- Suficiência - a Região de Saúde deve contar com os serviços necessários à atenção das necessidades da população ali residente. Ao mesmo tempo, a natureza, dimensão e complexidade dos serviços devem corresponder às características daquelas necessidades.

- Hierarquização, significando que os serviços devem estar relacionados entre si, em função da complexidade do atendimento, estabelecendo-se uma relação hierárquica do ponto de vista técnico e funcional.

- Integração das atividades das Instituições res
ponsáveis pelos serviços, no mínimo, em termos de coordena
ção funcional, como também das relações que se estabelecem
com os demais setores da vida social e econômica da região.

- Desconcentração de atividades e funções administr
ativas e descentralização do processo de tomada de deci
sões.³²

4. CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO E MUNICÍPIO DE CAMPINAS

4.1. Aspectos demográficos

Localizada entre a parte Oeste do Estado de São Paulo e a área metropolitana, a 5a. Região Administrativa do Estado é formada por oito sub-regiões:

- Campinas
- Piracicaba
- Limeira
- Rio Claro
- São João da Boa Vista
- Casa Branca
- Jundiaí
- Bragança Paulista.

Característica importante da Região de Campinas é seu contingente populacional, que passou de 1.067.622 em 1940 para 3.228.668 habitantes em 1.980, inferior, apenas, à Região da Grande São Paulo.³¹

Na década de 70/80 as migrações no Estado de São Paulo duplicaram em relação à década anterior, passando de 1,5 a 3,0 milhões, apontando-se a evasão da mão-de-obra da Região Norte do Paraná como uma das principais explicações para o fenômeno.

No âmbito das 11 Regiões Administrativas do Estado, observa-se que a Região da Grande São Paulo, embora ainda seja a maior receptora de migrantes - 65,1% em relação ao

total, é seguida pela Região de Campinas, com um índice de 18,6%.

Dentre as várias causas que contribuíram para esse índice, a proximidade geográfica da Região de Campinas ao núcleo econômico-industrial da Grande São Paulo foi fator relevante.

Por outro lado, a atração migratória deve-se, ainda, ao crescimento industrial e de serviços urbanos, e também ao incentivo dado ao campo, através da ampliação do cultivo da cana, consequência de planos governamentais de expansão do tipo "Pró-álcool" e aumento do cultivo de produtos destinados à exportação, como o café e a laranja.

A Região de Campinas lidera o processo industrial do interior, pois, juntamente com a Grande São Paulo, é responsável por quase 85% do total da transformação industrial.³¹

No caso da produção agrícola Campinas desempenha um papel igualmente significativo: cerca de 20% do valor total sai dessa região.

O desempenho econômico que essas cifras revelam, evidencia também que, se a população urbana é importante, o mesmo ocorre com a população rural, pois quase um quinto do total do Estado abriga-se nessa região. Isso faz com que o contingente rural da região como um todo seja importante e a persistência dessa população rural deve-se principalmente à importância que a economia paulista concede à atividade de agropecuária nessa região.

Campinas converte-se assim, na única região que, além de ter um significativo parque industrial, possui também um quadro agropecuário de grande relevância, onde se destacam, dentre outras, a produção de hortifrutigranjeiros, laranja, algodão e cana-de-açúcar.

Nesse contexto, Campinas se caracteriza, também, pela presença de um setor terciário moderno e diversificado, que atende a demanda de sua própria população e de outras regiões.

A relevância do setor terciário deve-se, também, ao prestígio que o ensino adquire na região, considerada como um dos maiores centros de difusão de educação, cultura e desenvolvimento científico-tecnológico. Observa-se, por exemplo, que das universidades estaduais, instituições que abrangem maiores recursos, 40% do pessoal docente universitário está na região.

Dentro desse quadro geral emerge o Município de Campinas como polo regional, não só pela concentração populacional mas por ser um centro pertencente ao macro-polo industrial de São Paulo, ou seja, sua localização num dos eixos de extração (Via Anhanguera) industrial da Grande São Paulo.

Essa característica evidencia-se pelo fato de que, enquanto a região apresentou um crescimento populacional de 4,4% ao ano, esta mesma taxa no município de Campinas foi de 5,9% ao ano.

O Município de Campinas tem uma taxa de urbaniza
ção de 89,02% e uma população estimada para 1.983 de 768.005
habitantes, assim distribuídos por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
0 a 4 anos	90.893	11,8
5 a 9 anos	77.489	10,1
10 a 14 anos	76.163	9,9
15 a 19 anos	80.491	10,4
20 a 24 anos	85.083	11,1
25 a 29 anos	74.379	9,7
30 a 34 anos	59.037	7,7
35 a 39 anos	46.395	6,0
40 a 44 anos	40.817	5,3
45 a 49 anos	34.536	4,5
50 a 54 anos	30.655	4,0
55 a 59 anos	22.620	2,9
60 a 64 anos	17.141	2,2
65 a 69 anos	13.520	1,7
70 anos e mais	18.458	2,4
ignorado	328	0,04

Fonte: Texto do Prô-Assistência I

Como se observa nesse quadro, a população de Campini
nas apresenta um percentual de 63,8 no grupo etário de
15 a 64 anos, o que permite admitir ter o movimento migratô
rio influenciado na sua composição, refletindo-se na dispon
nibilidade da força de trabalho.

A problemática que surge para Campinas é semelhante a de outras cidades, que, como esta, sofreram um crescimento muito rápido, sem prévio planejamento, o que, inevitavelmente, leva à deterioração das condições de vida.

4.2. Morbidade e Mortalidade

A Região de Campinas, apesar de ser a segunda região mais desenvolvida do Estado, não pertence ao grupo das regiões de menor mortalidade, apresentando uma tendência semelhante à média estadual, posição esta que não se alterou durante a última década.

Mesmo assim, houve uma melhoria no nível de mortalidade em todo o Estado e Campinas acompanhou esse processo, ganhando em anos de esperança de vida ao nascer. Na década de 70, as tábuas de mortalidade construídas para a região apontam um acréscimo de 4,34 anos, em relação ao número médio de anos que se espera que viva cada indivíduo nascido no final da década, alcançando, no ano de 1.980, 67,51 anos enquanto em 1.970 sua esperança de vida era de 63,17 anos.³¹

Para melhor analisar como ocorreu esse processo na mortalidade, pode-se avaliar a trajetória que a taxa de mortalidade infantil descreveu nestes últimos 10 anos, sendo esta a primeira a ser afetada pelas variações nas condições de vida da população, representando uma medida da qualidade de vida de uma região.

Pode-se dividir em duas etapas o comportamento da mortalidade infantil: a primeira de 1.971 a 1.975, quando a taxa de mortalidade infantil permanece quase em valores constantes (em torno de 70 mil nascidos vivos), apenas com uma queda no ano de 1974, voltando a subir em 1.975, a um valor próximo do início da década. A partir de 1.976, quando é possível diferenciar uma segunda etapa, a taxa de mortalidade infantil realmente inicia um processo de queda, com uma tendência quase linear de diminuição nos valores assumidos por esse índice demográfico, passando de uma proporção de 77,88 óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos em 1.975 para 41,16 óbitos por mil.

Embora a tendência, a partir de 1.976, seja de queda, chama a atenção a quebra dessa tendência nos anos 1.978/79, período este que coincidiu com a intensificação do fluxo migratório. A hipótese evidente que surge é a associação do aumento da mortalidade infantil à intensa chegada dos migrantes.

Considerando os óbitos gerais, encontramos a maior proporção nas causas de mortes relativas às doenças do coração, que caracterizam os óbitos das regiões mais desenvolvidas, constituindo quase 20% do total dos óbitos gerais. Seguem as doenças cérebro-vasculares, os tumores malignos, os acidentes e demais causas externas, e em quinto lugar as pneumonias, com 6% dos óbitos.³¹

4.3. O modelo assistencial atual

O modelo assistencial vigente em Campinas apresenta as mesmas características do modelo de saúde do país: multiplicidade de órgãos públicos e instituições privadas financiadas pelo setor público, geralmente desarticulados entre si, apresentando normas, procedimentos e atuação diferentes, propiciando, de um lado, duplicidade de cobertura para certas áreas, enquanto outras áreas deixam a desejar em termos dos recursos necessários.

As várias formas de financiamento desses serviços condicionam, também, a duplicidade de gastos, além das dificuldades para seu controle.

No quadro 1 observa-se que a maioria dos atendimentos é feita pelo INAMPS, através dos seus serviços próprios e contratados, representando 47,8% do total das consultas realizadas mensalmente.

Por outro lado, analisando-se a natureza desses atendimentos³¹, foram evidenciadas as distorções desse modelo, com uma total inversão dos parâmetros contidos na Portaria nº 3046/82, do MPAS, pois, em 1.982, do total de consultas registradas, 41,1% constam como de urgência/emergência, que deveria corresponder a 15%, enquanto que as consultas em clínicas básicas representam apenas 29,8%, quando deveria ser de 65%. As consultas em clínicas especializadas aparecem com um índice de 29,1%, próximo do recomendado pelos parâmetros, que seria 20%.

QUADRO 1

MÉDIA MENSAL DE CONSULTAS REALIZADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE
DE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - 1.982.

SERVIÇOS DE SAÚDE	CONSULTAS REALIZADAS	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
I - Próprios do INAMPS	52.393	20,9
II - Contratados	67.391	26,9
. Hospitais	59.670	23,9
. Consultórios	7.721	3,0
III - Conveniados	24.402	9,8
. Hospitais	912	0,4
. Ambulatórios	23.490	9,4
IV - Unimed	36.776	14,7
V - Universidades	33.424	13,3
. UNICAMP	17.974	7,1
. PUCC	15.450	6,2
VI - Rede Básica	35.938	14,4
. Prefeitura*	23.039	9,2
. Estado*	10.327	4,1
. PUCC	2.572	1,1
T O T A L	250.324	100,0

Fonte: Texto do Pró-Assistência I

*Estão computadas as consultas médicas e as consultas de auxiliares de saúde.

Os serviços ambulatoriais restantes estão vinculados à Prefeitura, Secretaria Estadual de Saúde, PUCC e UNICAMP, formando uma Rede Básica que, segundo estudos preliminares feitos pela Secretaria Municipal de Saúde, situa-se em uma área de cobertura potencial de 446.211 habitantes - 58,1% da população do município estimada para 1.983. Atualmente, no entanto, essa Rede Básica cobre apenas 14,4% da população de Campinas.³¹

A implementação de um novo modelo assistencial para o Município requer, entre outras medidas, o conhecimento do potencial de atendimento dos serviços e a cobertura que podem oferecer à população.

Nesse sentido, procederemos à caracterização dos serviços para a consecução dos objetivos deste trabalho.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1. Material

Para a obtenção dos objetivos propostos, considerou-se como universo de estudo o atual sistema de saúde de Campinas, assim definido como o conjunto de serviços públicos e os serviços privados financiados pelo setor público existentes no Município no ano de 1.984, para a prestação de assistência médica e odontológica.

Os serviços públicos são, em sua quase totalidade, unidades ambulatoriais.

Assim, a Prefeitura conta com 36 Postos de Saúde e 6 Postos Odontológicos localizados geralmente em bairros periféricos, com áreas geograficamente definidas, visando a dar cobertura a cerca de 20.000 habitantes cada Posto.

O Estado mantém 5 Centros de Saúde e 2 Unidades Periféricas, com áreas de cobertura também definidas.

Essas unidades, mais 4 Postos de Saúde e 1 Posto Odontológico mantidos pela PUCC, com características semelhantes, formam uma "Rede Básica" para prestação de assistência primária, devendo, portanto, ser a porta de entrada para o sistema de saúde.

Ainda em relação aos serviços públicos, existem 3 Postos de Assistência Médica do INAMPS localizados na área central do Município, que contam com odontólogos e grande

número de médicos de várias especialidades, prestando as assistência com características predominantemente de nível se cundário.

Para a assistência hospitalar o setor público con ta apenas com uma unidade, o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti.

A PUCC, além dos 4 Postos de Saúde que prestam as assistência primária, possui um hospital geral localizado na periferia, o Hospital e Maternidade Celso Pierro, que pres ta assistência hospitalar e ambulatorial de urgência, fun cionando ainda, no mesmo prédio, um ambulatório com várias especialidades médicas.

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Es tadual de Campinas - UNICAMP* - dispõe também de um hospi tal, localizado no sub-distrito de Barão Geraldo, onde, no momento, funciona apenas o setor ambulatorial, com serviços bastante especializados. A assistência hospitalar e de aten

* A UNICAMP também é um serviço público, porém, devido à caracterização específica conferida aos serviços univer sitários pelo CONASP, foi classificada neste trabalho co mo "Serviço de Universidade".

dimentos de urgência é prestada na Santa Casa, localizada no centro de Campinas, mediante contrato firmado entre essa entidade e a UNICAMP.

Ambas universidades mantêm convênio com o INAMPS para prestação de assistência ambulatorial e hospitalar aos previdenciários.

Finalmente, os serviços privados financiados pelo INAMPS, que mantêm vínculo com essa Instituição através de cinco modalidades:

a) 13 hospitais dos quais o INAMPS contrata um determinado número de leitos, pagando um valor pré-fixado por procedimentos clínicos e cirúrgicos. Além da assistência hospitalar propriamente dita, vários hospitais prestam também o "atendimento ambulatorial de urgência" à população previdenciária, pago por unidade de serviço, mediante um termo-aditivo ao contrato original. A maioria (sete) dos hospitais contratados mantêm esse termo-aditivo.

b) 23 ambulatórios próprios ou contratados pelas entidades médicas prestadoras da assistência devida às empresas e sindicatos em convênio com o INAMPS. As empresas e sindicatos recebem um subsídio fixo, "per capita", relativo ao número de empregados e seus dependentes.

Os convênio-empresas prevêm, também, a assistência hospitalar, que é prestada mediante a contratação de leitos dos hospitais gerais pelas entidades médicas. Esses hospitais são, em sua maioria, os mesmos contratados pelo INAMPS.

Os hospitais psiquiátricos só mantêm contrato diretamente com o INAMPS.

Quanto aos sindicatos, o convênio com o INAMPS prevê apenas a assistência ambulatorial, sendo a hospitalar prestada pelos hospitais que atendem os previdenciários em geral, isto é, a população não coberta pelos convênios.

c) 6 clínicas especializadas contratadas pelo INAMPS para atendimento ambulatorial e pagas por unidade de serviço.

d) 54 Médicos e 3 Odontólogos credenciados diretamente pelo INAMPS para atenderem em seus consultórios, obedecendo a normas estabelecidas pelo INAMPS, inclusive quanto ao número máximo de atendimentos e o valor por consulta.

e) 694 Médicos e 3 Odontólogos credenciados pelas entidades médicas vinculadas aos convênio-empresas.

O conjunto de todos esses serviços no Município de Campinas perfaz um total de 103 (cento e três) unidades assistenciais e mais 754 profissionais. (748 médicos e 6 odontólogos) credenciados para prestação de serviços em seus consultórios.

Esse conjunto, portanto, é o universo objeto deste estudo.

5.2. Método

Para se conhecer o modelo assistencial do município procedeu-se, inicialmente, à observação direta de várias unidades assistenciais.

Esta etapa do trabalho foi realizada em forma de estágios, solicitados formalmente aos responsáveis pelos serviços e perfazendo um total de 326 horas distribuídas em um período aproximado de doze meses.

De acordo com as sugestões dos dirigentes dos órgãos responsáveis pelos serviços, foram visitados os três P.A.M.s do INAMPS; oito Postos de Saúde da Prefeitura; cinco Centros de Saúde e uma Unidade Periférica do Estado; um Posto de Saúde da PUCC; o ambulatório de especialidades da PUCC e o da UNICAMP, além dos Hospitais dessas duas Universidades.

Durante essas visitas puderam ser observadas as atividades desenvolvidas pelos vários serviços, as condições gerais da capacidade instalada, o tipo de recursos humanos disponíveis e as características da infra-estrutura administrativa e organizacional de cada serviço.

Paralelamente, colheram-se informações complementares nos órgãos representativos das instituições às quais estavam vinculados os serviços, ou seja: O Serviço de Medicina Social do INAMPS de Campinas, o Departamento Regional de Saúde da 5a. Região Administrativa do Estado-DRS-5, e a Secretaria Municipal de Saúde. Em relação aos serviços da PUCC e UNICAMP, foram feitas várias entrevistas com ocupantes de cargos e funções de direção daquelas instituições.

Para a compreensão do modelo assistencial em um *contexto mais amplo, foram consultados vários trabalhos e*

documentos, contando-se principalmente, nessa etapa, com os subsídios do "Programa de Integração , Hierarquização e Regionalização dos Serviços e Instituições de Saúde na Região de Campinas, São Paulo - Pró-Assistência I".³¹

Providenciou-se em seguida, a confecção de 1 mapa do Município, em escala 1/50.000, para facilitar a visualização total da área, bem como dos acidentes geográficos, vias de acesso, limites das Administrações Regionais - ARs - e outros itens que pudessem interessar ao trabalho.

Nesse mapa foram posteriormente localizados os serviços de saúde, objeto do estudo, pois embora existisse na Secretaria Municipal de Saúde um mapa com a localização dos serviços públicos e das Universidades, não constavam aí os serviços privados vinculados ao INAMPS. O referido mapa foi então desenhado em tamanho reduzido (Figura 1).

Em seguida passou-se à pesquisa propriamente dita, aplicando-se, em linhas gerais, procedimentos da Técnica de Programação do Setor Público.³³

Inicialmente foram elaborados três modelos de formulários (Anexos 1, 2 e 3) para a coleta de dados, que teve início no final de julho de 1984 e estendeu-se durante todo o segundo semestre daquele ano. Contou-se, para esse trabalho, com duas auxiliares de pesquisa: uma enfermeira especializada em Saúde Pública e uma assistente social também especializada em Saúde Pública e em Planejamento do Setor Saúde.

Nas unidades ambulatoriais optou-se por considerar

Município de Campinas - S.P.

FIGURA 1

os recursos humanos como base para cálculo da capacidade de atendimento, por entendermos ser esse critério significativo, ao lado de outros, como "recursos físicos", por exemplo.

Nos hospitais foram considerados os leitos disponíveis nas Clínicas Básicas: Médica, Cirúrgica e Obstétrica e na especialidade de Psiquiatria.

Quando da elaboração dos formulários já se previu a classificação dos serviços de acordo com seu nível de complexidade, isto é, para assistência primária, secundária e terciária, embora, posteriormente, esta classificação não tenha sido empregada na tabulação final dos dados (com exceção da assistência primária), devido à dificuldade de se adotar, na prática, critérios teóricos que se ajustassem à situação prática, como será melhor explicado logo adiante.

Nas unidades ambulatoriais foram levantados os recursos humanos, assim considerados as horas/médico e horas/odontólogos contratadas em cada unidade.

Embora os serviços ambulatoriais também contem com outras categorias de recursos humanos, como enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, nutricionistas e auxiliares de saúde, restringiu-se o dimensionamento aos médicos e odontólogos devido às características da assistência prestada, centrada nesses dois tipos de profissionais, e além disso pela inexistência de parâmetros de produtividade específicos para aqueles outros elementos da equipe de saúde nos serviços em questão, que pudessem ser utilizados para

dimensionar suas atividades nos mesmos moldes que as desenvolvidas pelos médicos e odontólogos, para as quais já existem padrões bem definidos em quase todos os serviços.

Durante essa fase da coleta dos dados os formulários mostraram-se inadequados em alguns aspectos, principalmente por não atenderem à grande diversificação dos serviços de saúde: públicos, de universidades e privados, esses últimos em suas várias modalidades de vinculação ao INAMPS.

Paralelamente, ao se consultar as fontes de dados dos serviços próprios e daqueles vinculados ao INAMPS, constatou-se haver razoável disponibilidade de informações sobre o número de consultórios das unidades ambulatoriais (recursos físicos).

Optou-se, então, por coletar também esses dados, o que poderia enriquecer o trabalho, comparando-se a disponibilidade dos consultórios com os recursos humanos existentes.

Foram então improvisados outros formulários, chegando-se aos modelos definitivos após compilação da maioria dos dados. (Anexos 4 a 7).

Para a elaboração dos modelos definitivos foram observados basicamente dois critérios:

a) nível de assistência prestada, de acordo com as características predominantes dos serviços, isto é, pri

mãria, secundária e terciária.

b) vínculo institucional dos serviços, ou seja, se tor público, Universidades e setor privado, prevendo-se in clusive todas as modalidades dos serviços privados financiada dos pelo INAMPS.

A especificação dos serviços de Universidades de ve-se ao fato de que, na prática, já existe em Campinas um bom nível de entrosamento entre os serviços públicos e das Universidades, além de que, segundo o CONASP, os serviços prestados pelos Hospitais de Ensino aparecem destacados co mo modalidade específica de assistência.

Com exceção dos serviços de menor complexidade, is to é, os Postos e Centros de Saúde que compõem a Rede Básica, foi praticamente impossível adaptar rigorosamente os critérios teóricos para a classificação dos serviços em níveis de assistência, devido à grande heterogeneidade dos mesmos.

As fontes consultadas foram:

- Serviços municipais

- . Setor de Estudos e Programas da Secretaria Municipal de Saúde - Cadastro Médico
- . Setor de Assistência Odontológica Comunitária-
- Relação geral do setor
- . Pesquisa direta nos Postos de Saúde, quando necessário

- Serviços estaduais
 - . Diretoria do Grupo Técnico do Distrito Sanitário de Campinas
 - . Enfermeira - chefe do Centro de Saúde I
- Serviços das Universidades
 - . Departamento de Medicina Preventiva e Social da PUCC
 - . Departamento de Odontologia Clínica da PUCC - (chefia)
 - . Superintendência do Hospital e Maternidade "Celso Pierro" - Secretaria da Administração do Hospital e Coordenação do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCC - Relação de horários dos médicos e livro-ponto dos médicos residentes
 - . Ficha de Cadastro Ambulatorial - INAMPS - 1.984
 - . Ficha de Cadastro Hospitalar - INAMPS - 1.984
 - . Supervisão do Hospital das Clínicas da UNICAMP - Relação de docentes e mapas de atendimento
 - . Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME - do Hospital das Clínicas da UNICAMP - Levantamento preliminar e Relatório estatístico - ano 1.984
 - . Comissão de Residentes da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Listagem dos médicos residentes. - 1.984

- Serviços próprios do INAMPS e serviços privados financiados pelo INAMPS
 - . Serviço de Medicina Social do INAMPS em Campinas - Seção de Pessoal e Seção de Documentação Médica - Contratos e Convênios.
 - . Secretaria Regional de Planejamento do INAMPS - São Paulo - Coordenadoria Regional de Informática - Ficha de Cadastro Ambulatorial e Hospitalar - 1.984
 - . Secretaria Regional de Medicina Social do INAMPS - São Paulo/Coordenadoria Regional de Promoção da Saúde Individual - Equipe de Contratos e Convênios.

A quantidade e diversidade das fontes consultadas evidenciam as dificuldades encontradas para a obtenção dos dados necessários.

Em muitos casos os dados se apresentavam incompletos ou de maneira inadequada em determinada fonte, o que obrigava à busca de outra fonte que pudesse complementar ou esclarecer as informações anteriores, o que nem sempre se conseguiu.

O potencial de atendimento dos serviços ambulatoriais foi calculado adotando-se os parâmetros de produtividade recomendados pelo CONASP* (Anexo 8): 4 consultas ho

*Esses parâmetros, que constam do anexo à Portaria nº 3.046/82 do MPAS, baseiam-se nos padrões internacionalmente recomendados e em algumas características do sistema de assistência previdenciário, conforme está explicitado no Anexo 8 deste trabalho.

ra/médico e 3 consultas hora/odontólogo, com exceção dos ambulatórios das Universidades, quando se adotou 3 consultas hora/médico, uma vez que o profissional exerce atividade docente-assistencial, necessitando um tempo maior para a consulta. Essa adaptação foi sugerida pelo então Secretário Regional de Planejamento do INAMPS, o qual conta, também, com larga experiência docente na área da saúde.

Nos serviços públicos e de universidades constatou-se que alguns profissionais, além de exercerem as atividades técnicas (consultas), também desempenhavam atividades administrativas de direção, coordenação ou educativas (docentes); nesses casos, não foram computadas essas horas para cálculo da capacidade de atendimento.

Ainda nos serviços ambulatoriais, considerou-se 220 dias úteis no ano para se chegar ao potencial de atendimento anual, critério esse adotado pelo Pró-Assistência I. Nos serviços ambulatoriais de urgência, entretanto, considerou-se 365 dias úteis, exceção feita ao ambulatório da PUCC, que atende, mesmo as urgências ambulatoriais, apenas de segunda a sexta-feira, período normal de funcionamento dos ambulatórios comuns, portanto, 220 dias/ano. Para cálculo do potencial dos consultórios (recursos físicos) foi considerado o horário de funcionamento dos mesmos, por turnos de 4 horas cada um, portanto: 1 turno compreendendo 4 horas, 2 turnos 8 horas, e assim por diante, conforme aparece nas Fichas de Cadastro Ambulatorial.

Nos hospitais, a capacidade de internações foi calculada a partir do número de leitos, especificamente das Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Psiquiátrica, levando-se em conta as respectivas médias de permanência e taxas de ocupação consideradas pelo CONASP (Anexo 8).

Tendo, portanto, já dimensionado os recursos existentes, foram estimados os recursos necessários, isto é, a demanda prevista para a assistência ambulatorial e hospitalar, utilizando-se os parâmetros de cobertura assistencial, preconizados pelo CONASP (Anexo 8), a partir da população visada.

Para isso foi considerada a população total do município de Campinas estimada para 1984: 813.806 habitantes, sendo 726.397 referente à população urbana e 87.409 à população rural, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Regional de Planejamento do INAMPS que, por sua vez, utilizou os dados do IBGE, Censo Demográfico de 1980, observadas as taxas de crescimento para o período 1980-1984.

Dispostos esses dados em tabelas, puderam ser comparados os recursos necessários com os disponíveis, especificamente dos serviços públicos, de universidades e privados e, após, pelo conjunto de todos esses serviços.

Foi calculada, então, a cobertura potencial por esses serviços, em relação à demanda prevista, isto é, às necessidades da população.

A partir da análise pormenorizada desses dados, comentou-se o potencial de atendimento dos serviços em assistência primária, urgência/emergência, clínicas básicas e nas especialidades, a nível ambulatorial, e na assistência hospitalar.

Finalmente, foram propostas medidas técnico-administrativas.

nistrativas para maior racionalização do sistema de saúde de Campinas, a partir das medidas preconizadas pelos técnicos e autoridades no assunto.

Cabem, nesta fase, alguns comentários sobre as dificuldades encontradas para a obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento deste estudo, na medida em que, em alguns casos, as limitações e inadequadas das informações se refletiram de algum modo nos resultados do trabalho.

Como foi citado anteriormente, muitas vezes os dados se apresentavam incompletos ou inadequados em determinada fonte, obrigando à busca de outras que pudessem complementar ou esclarecer os mesmos.

Assim, nas Fichas de Cadastro Hospitalar do INAMPS consta o número total de leitos existentes em cada hospital nas Clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Psiquiátrica. Em outra fonte, Equipe de Contratos e Convênios, também do INAMPS, levantou-se o número de leitos contratados pelo INAMPS, por Clínicas, que não constam da Ficha de Cadastro Hospitalar.

No entanto, embora esses mesmos hospitais também mantenham contrato com as entidades médicas que prestam assistência aos beneficiários dos convênio-empresas, não consta o respectivo número de leitos contratados pelos convênios tanto na Equipe de Contratos e Convênios como nos processos que orientam os convênio-empresas/INAMPS, aparecen

do, apenas, o número total dos leitos do hospital, o que torna impossível dimensionar a capacidade de internações aos beneficiários desses convênios.* Nas Fichas de Cadastro Hospitalar referentes aos convênios consta, também, apenas o número global de leitos, porém sem especificar quantos são contratados pelas entidades.

Ainda, em relação aos convênio-empresas, não foi possível obter dados sobre os recursos humanos e número de consultórios destinados ao atendimento ambulatorial de urgências.

Nos serviços ambulatoriais de assistência especializada, de um modo geral somente foi possível levantar o número total de consultórios, mas não por especialidade.

No caso das Universidades, nas fontes disponíveis, os consultórios para atendimento ambulatorial de urgência aparecem globalizados com os das especialidades.

Nos Postos de Saúde da Prefeitura os consultórios médicos precisaram ser levantados "in loco", em cada um dos 36 Postos. Nesses serviços considerou-se "consultório médico" qualquer área que realmente era utilizada para aten

* Segundo dados fornecidos pela Secretaria Regional de Planejamento do INAMPS, a população coberta por convênio-empresa é de 42.980 beneficiários, o que corresponde a cerca de 5% da população total do município.

dimento, independentemente de preencherem os requisitos básicos indicados por quaisquer normas técnicas relativas ao assunto.

Em relação aos recursos humanos desses Postos de Saúde, alguns profissionais trabalhavam apenas alguns dias por semana (principalmente odontólogos). Foi necessário, nesses casos, considerar as horas semanais e posteriormente calcular a média de horas diárias.

Os dados da Ficha Cadastral referentes aos ambulatórios das Universidades não especificam o número de médicos por especialidades. Em vista disso foram colhidos nos próprios serviços, sendo utilizados esses dados, portanto, para cálculo do potencial de atendimento por especialidade.

Comparando-se, posteriormente, o potencial de atendimento global nas clínicas especializadas como um todo (dados da Ficha Cadastral) com aquele calculado a partir dos dados colhidos "in loco", verificou-se que, no caso da UNICAMP, havia uma diferença muito grande em relação aos dados da Ficha Cadastral, que indicava um potencial extremamente elevado: cerca de sete vezes mais - que o resultado dos outros dados.

Para tentar esclarecer essa distorção, consultou-se uma terceira fonte, o "Relatório de Produção" do ano de 1.984, o que veio reforçar a hipótese de que no caso da UNICAMP, os recursos humanos constantes da Ficha Cadastral apresentam-se super-dimensionados, o que será oportunamente

comentado com maiores detalhes.

Em relação à assistência hospitalar o cálculo do potencial de internações foi também dificultado uma vez que, como foi citado anteriormente, dispõe-se de dados quanto ao número de leitos existentes nos hospitais, fornecidos pelos mesmos através da Ficha de Cadastro Hospitalar, do INAMPS; existem ainda, dados fornecidos pela Equipe de Contratos e Convênios do INAMPS, sobre o número de leitos contratados, nesses hospitais, pelo próprio INAMPS; porém não se dispõe de dados sobre o número de leitos contratados pelas entidades médicas nos hospitais de Campinas para prestação de assistência aos beneficiários dos convênio-empresas.

Foi então consultada a Seção de Documentação Médica-Contratos e Convênios do Serviço de Medicina Social de Campinas, e nos processos de convênio com as empresas constavam dados sobre "leitos existentes" nos hospitais contratados pelas entidades médicas prestadoras de assistência, mas não "leitos contratados".

Para melhor compreensão dos dados tais como se apresentam nas fontes consultadas foram elaborados os Quadros 2 e 3.

Analisando-se esse quadro verifica-se que a maioria dos hospitais aparece com um número maior de leitos quando apresentados pelas várias entidades médicas, em comparação com o número de leitos existentes segundo os dados fornecidos pelos hospitais ao INAMPS através da Ficha de Ca

QUADRO 2

HOSPITAIS CONTRATADOS PELO INAMPS E/OU PELAS ENTIDADES MÉDICAS PRESTADORAS DA ASSISTÊNCIA DEVIDA AOS CONVÊNIO-EMPRESAS. CAMPINAS, 1.984.

HOSPITAIS	INAMPS (1)	ENTIDADES MÉDICAS (2) (3)				
		UNIMED	CAMPI CLÍNICAS	SAMIS	MEDI CAMP	SAMCIL
Santa Casa - UNICAMP	x					
H.Mat.Celso Pierro - PUCC	x					
Clínica Infantil de Campinas	x					
Hospital Tibirigã*	x					
Sanatório Santa Izabel*	x					
Casa Saúde Vale da Alvorada*	x					
Casa Saúde Dr. B. de Castro*	x					
H.Municipal Dr. Mario Gatti	x	x				
H. Sta.Tereza-Cl.Pierro Ltda.	x	x				
H. Álvaro Ribeiro	x	x				
Casa de Saúde de Campinas	x	x				
Maternidade de Campinas	x	x				
H. Irmãos Penteado	x	x	x			
H.Real Soc.Port.Beneficência	x	x		x		
H.Mat. Sto. Antonio	x			x	x	x
H.Coração de Jesus - R.S.Port. Beneficência	x	x	x	x	x	
Centro Médico de Campinas		x				
H. Samaritano de Campinas		x				
H. Vera Cruz		x				

Fontes: (1) INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenação Regional de Informática - Ficha de Cadastro Hospitalar - 1.984.

(2) INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Medicina Social - Coordenação Regional de Promoção da Saúde Individual - Equipe de Contratos e Convênios.

(3) INAMPS - Campinas - Serviço de Medicina Social - Seção de Documentação Médica - Contratos e Convênios.

* Hospital Psiquiátrico.

QUADRO 3

LEITOS EXISTENTES EM HOSPITAIS CONTRATADOS POR ENTIDADES MÉDICAS E/OU PELO INAMPS E NÚMERO DE LEITOS CONTRATADOS PELO INAMPS, SEGUNDO DADOS FORNECIDOS PELAS EMPRESAS E PELOS HOSPITAIS. CAMPINAS, 1.984.

HOSPITAIS	ENTIDADES MÉDICAS (1)					INAMPS	
	UNIMED	CAMPI CLÍNICA CAS	SAMIS	SAMCIL	MEDI CAMP	EXISTEN TES (2)	CONTRA TADOS (3)
H. Munic. Dr. Mário Gatti	77	-	-	-	-	127	80
H. Sta. Tereza - Clínica Pierro Ltda.	59	-	-	-	-	80	30
H. Álvaro Ribeiro	98	-	-	-	-	180	84
Casa de Saúde de Campinas	241	-	-	-	-	224	70
Maternidade de Campinas	232	-	-	-	-	194	161
H. Irmãos Penteado	Não consta	502	-	-	-	523	76
H. Real Soc. Port. Benefi cência	198	-	100	-	-	190	100
H. Mat. Santo Antonio	-	-	90	247	254	320	90
H. Coração de Jesus - R.S. Port. Beneficência	132	141	55	-	116	134	55
H. Vera Cruz	159	-	-	-	-	Não man tem con trato c/ INAMPS	-
Centro Médico de Campinas	60	-	-	-	-		-
H. Samaritano	90	-	-	-	-		-
Clín. Infantil de Campinas	-	-	-	-	-		180
H. Tibiriçá - Psiquiatria	-	-	-	-	-	144	120
Sanatório Santa Izabel - Psiquiatria	-	-	-	-	-	260	219
Casa de Saúde V. Alvorada - Psiquiatria	-	-	-	-	-	164	78
Casa de Saúde B. Castro Psiquiatria	-	-	-	-	-	279	80
Santa Casa - UNICAMP	-	-	-	-	-	265	Não esta belece nº de lei tos con tratados
Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCC	-	-	-	-	-	200	

- Fontes: (1) INAMPS - Campinas - Serviço de Medicina Social - Seção de Documentação Médica - Contratos e Convênios (dados fornecidos pelas empresas).
 (2) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Ficha de Cadastro Hospitalar - 1.984 (dados fornecidos pelos hospitais).
 (3) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Medicina Social - Coordenadoria Regional de Promoção da Saúde Individual - Equipe de Contratos e Convênios (dados constantes do contrato).

dastró Hospitalar. Além disso, verificam-se diferenças do número de leitos em um mesmo hospital, conforme se considere uma ou outra fonte.

Por tudo isso, optou-se por calcular o potencial de internações dos hospitais a partir do número de leitos existentes conforme aparece na Ficha de Cadastro Hospitalar, por ser essa fonte a que abrange maior número de Hospitais e que, além disso, traz a especificação dos leitos, por especialidades: Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Psiquiátrica, o que nem sempre ocorre em relação às outras fontes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados mostra uma situação bastante complexa decorrente, em grande parte, da multiplicidade e diversidade dos serviços de saúde existentes em Campinas.

Tendo em vista os objetivos deste trabalho, serão comentados apenas os aspectos que mais possam interessar, diretamente ou indiretamente, ao tema em questão.

Como sistemática da análise, procuramos apresentar em primeiro lugar os dados referentes aos serviços com características de assistência primária e em seguida os de maior complexidade que, no caso, referem-se aos serviços ambulatoriais que atendem especialidades e, finalmente, os hospitais.

Ao mesmo tempo, apresentamos, em sequência, os serviços públicos, os de Universidades e os privados.

Portanto, na Tabela 1, aparecem os recursos humanos e físicos, traduzidos em horas/médico/odontólogo e horas/consultório, bem como o potencial de atendimento em consultas médicas e atendimentos odontológicos dos Postos de Saúde da Prefeitura, Centros de Saúde e Unidades Periféricas do Estado e Postos de Saúde da PUCC.

Observa-se que o potencial de atendimento da Prefeitura é bem maior em relação à Secretaria Estadual de Saúde e PUCC, tanto em consultas médicas quanto odontológicas.

Por outro lado, o potencial de atendimento dos con

TABELA 1

RECURSOS HUMANOS E FÍSICOS, POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, NOS SERVIÇOS COM CARACTERÍSTICAS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA, POR INSTITUIÇÕES. CAMPINAS, 1.984.

INSTITUIÇÕES - SERVIÇOS	RECURSOS HUMANOS				RECURSOS FÍSICOS			
	HORAS/MÉDICO/ANO	Hs./ODONTÓL./ ANO	POT.DE ATEND. / ANO		HORAS CONSULT./ANO		POT. DE ATEND. / ANO	
			MÉDICO	ODONTOL.	MÉDICOS	ODONTOL.	MÉDICO	ODONTOL.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Postos de Saúde	83.600	42.926	334.400	128.778	140.800	57.200	563.200	171.600
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE Centros de Saúde	17.600	7.040	70.400	21.120	33.440	12.320	133.760	36.960
UNIVERSIDADE - PUCC Postos de Saúde	14.080	3.168	42.240	9.504	44.000	14.080	132.000	42.240
TOTAL	115.280	53.134	447.040	159.402	218.240	83.600	828.960	250.800

FONTES: - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - Setor de Estudos e Programas (Cadastro Médico) e Setor de Assistência Odontológica Comunitária (Relação Geral do Setor).

- Secretaria Estadual de Saúde - Distrito Sanitário de Campinas - Diretora do Grupo Técnico - Enfermeira do Centro de Saúde I.

- Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Departamento de Medicina Preventiva e Social e Departamento de Odontologia Clínica. (Chefia).

sultórios mostra-se bem maior que dos recursos humanos, em todos esses serviços, o que permite admitir que a capacidade instalada dos mesmos comporta maior número de recursos humanos. No Anexo 9 estão discriminados os recursos horas/médico/odontólogo/dia e o número de consultórios de cada um desses serviços.

Analisando-se, agora, a Tabela 2, observa-se a cobertura potencial desses mesmos serviços em relação à demanda prevista para a população do município de Campinas.

Nesse ponto, torna-se necessário considerar que embora esses serviços nem sempre disponham de médicos, especificamente, para Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, teoricamente devem atender à demanda nessas clínicas, consideradas básicas, uma vez que, como já foi dito, compõem a "Rede Básica" do município, que deve se constituir na porta de entrada ao sistema de saúde. Por isso, para cálculo da demanda prevista para esses serviços, foram utilizados os parâmetros recomendados pelo CONASP para as Clínicas Básicas, que incluem essas clínicas (Ver Anexo 8).

Voltando à Tabela 2, observa-se que, em relação à demanda prevista para a população do município, a cobertura potencial dos serviços da Rede Básica é de 42% para as consultas médicas e de 39% para os atendimentos odontológicos, portanto, insuficientes.

Vale lembrar aqui os dados apresentados no texto do "Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos

TABELA 2

POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NOS SERVIÇOS COM CARACTERÍSTICAS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA, SEGUNDO O TIPO DE SERVIÇOS E DE INSTITUIÇÕES. DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1.984.

SERVIÇOS - INSTITUIÇÕES	SERVIÇOS PÚBLICOS		SERVIÇOS DE UNIVERSIDADE	TOTAL	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL %
	Postos de Saúde - Secretaria Mu nicipal de Sau de	Centros de Saúde - Se cretaria Es tadual de Saúde	POSTOS DE SAÚDE PUCC			
ATIVIDADES						
Nº Consultas Médicas	334.400	70.400	42.240	447.040	1.057.948	42,0
Nº Atendimentos Odontológicos	128.778	21.120	9.504	159.402	406.903	39,0

Serviços e Instituições de Saúde na Região de Campinas, São Paulo - "Pro-Assistência I"³¹ os quais indicam uma cobertura real de 14,4% por esses mesmos serviços em 1.982, incluindo-se as consultas médicas e as de auxiliares de saúde..

Esse valor está muito aquém dos 42% relativos à cobertura potencial exclusivamente por consultas médicas pelos mesmos serviços em 1984, conforme o apresentado nesse estudo, o que leva à um questionamento sobre a adequação do rendimento real ao potencial desses serviços.

Por outro lado, se considerarmos que cada unidade assistencial da Rede Básica se propõe a dar cobertura a cerca de 20.000 habitantes, os serviços da Prefeitura, Estado e PUCC, em número total de 49, poderiam cobrir a totalidade da população de Campinas, excedendo, ainda, as necessidades, uma vez que a população é de 813.806 habitantes e a cobertura seria para 980.000 habitantes.

Essas considerações indicam que o redimensionamento do potencial de cada serviço com vistas à cobertura a ser oferecida poderia se constituir em medida de relevância para maior racionalização do sistema.

Quanto à assistência odontológica, cuja cobertura potencial é de apenas 39%, torna-se necessário esclarecer que além dos recursos considerados neste trabalho existem mais 33 (trinta e três) serviços odontológicos destinados exclusivamente à rede escolar do município, assim discriminados:

- 16 serviços para escolas de 1º grau (6 a 14 anos)

- 10 serviços para escolas infantis (4 a 6 anos)
- 06 equipamentos simplificados portáteis que cobrem mais 6 escolas de 1º grau
- 01 unidade ambulante (perua) para tratamento de emergências para escolas de 1º grau.

Esses recursos não foram incluídos no universo de estudo deste trabalho por servirem exclusivamente a uma clientela específica, isto é, o escolar. O potencial de atendimento dos mesmos poderá ser dimensionado em trabalhos futuros para melhor caracterização dos recursos de assistência odontológica, como um todo, para o município.

Prosseguindo na análise, observa-se, na Tabela 3, os dados referentes aos Postos de Assistência - PAMs. - do INAMPS, globalizados para os três PAMs., os quais prestam assistência em várias especialidades, com característica predominantemente de nível secundário.

Não foi possível obter dados referentes ao número de consultórios para cada especialidade, por isso, enquanto os recursos humanos puderam ser dimensionados por especialidades, os recursos físicos se apresentam em relação ao número total de consultórios, os quais constam no Anexo 10.

Também nesses serviços o potencial dos consultórios médicos - 644.160 consultas/ano, mostra-se maior que o potencial de atendimento pelos recursos humanos - 489.280 consultas/ano, enquanto que os consultórios odontológicos apresentam o mesmo potencial que as horas/odontólogo: 39.600 atendimentos/ano.

TABELA 3

RECURSOS HUMANOS E FÍSICOS, E POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS, POR ESPECIALIDADES, E EM ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NOS POSTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO INAMPS. CAMPINAS, 1.984.

CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO/ANO	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	HORAS/CONSUL TÓRIOS/ANO	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL (Exclu indo Odontologia)	69.520	278.080	-	-
Clínica Médica	13.200	52.800	-	-
Pediatria	22.880	91.520	-	-
Gineco-Obstetrícia	25.520	102.080	-	-
Cirurgia Geral	7.920	31.680	-	-
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	52.800	211.200	-	-
Alergia	-	-	-	-
Cardiologia	4.400	17.600	-	-
Dermatologia	880	3.520	-	-
Doenças Vasc. Periféricas	2.640	10.560	-	-
Endocrinologia	2.640	10.560	-	-
Gastroenterologia	-	-	-	-
Hematologia	880	3.520	-	-
Medicina Física	880	3.520	-	-
Nefrologia	880	3.520	-	-
Neurocirurgia	-	-	-	-
Neurologia	4.400	17.600	-	-
Oncologia	1.760	7.040	-	-
Oftalmologia	5.280	21.120	-	-
Otorrinolaringologia	3.520	14.080	-	-
Proctologia	2.640	10.560	-	-
Psiquiatria	880	3.520	-	-
Pneumologia	1.760	7.040	-	-
Reumatologia	2.640	10.560	-	-
Traumato-Ortopedia	5.280	21.120	-	-
Urologia	7.040	28.160	-	-
Outras *	4.400	17.600	-	-
ODONTOLOGIA	13.200	39.600	13.200	39.600
TOTAL GERAL (exceto Odontologia)	122.320	489.230	161.040	644.160

Fontes: INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Fichas de Cadastro Ambulatorial - 1.984

INAMPS - Campinas - Serviço de Medicina Social - Seção de Documentação Médica e Seção de Pessoal - 1.984.

* Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pescoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir. de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

Nas Tabelas 4 e 5 aparecem os recursos humanos e físicos dos ambulatorios de especialidades da UNICAMP e da PUCC, nos quais também não foi possível obter dados sobre o número de consultórios por especialidades, uma vez que os consultórios muitas vezes são ocupados para atender a mais de uma especialidade. O número total de consultórios consta no Anexo 10.

No ambulatorio da UNICAMP o potencial dos recursos humanos mostra-se pouco menor que dos recursos físicos: 564.960 e 617.760 consultas/ano, respectivamente.

No ambulatorio da PUCC a diferença é maior, sendo 161.565 consultas/ano de acordo com o potencial dos recursos humanos e 337.920 dos consultórios, indicando, assim, maior disponibilidade de consultórios que de horas/médico.

Para melhor visualização do potencial de atendimento, através dos recursos humanos disponíveis nos serviços ambulatoriais públicos e de Universidades, com características de assistência secundária, foi elaborada a Tabela 6, onde se verifica que esses serviços, em conjunto, dispõem de praticamente todas as especialidades consideradas na Portaria 3.046/82, adotada pelo CONASP.

Para analisar, agora, esses serviços em relação à cobertura que, potencialmente, podem proporcionar à população de Campinas, reportemo-nos à Tabela 7.

Foram incluídos nessa tabela o potencial de consultas de urgência/emergência uma vez que a disponibilidade des

TABELA 4
RECURSOS HUMANOS E FÍSICOS, E POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM
CONSULTAS MÉDICAS, POR ESPECIALIDADES, NO AMBULATÓRIO DA
UNICAMP. CAMPINAS, 1.984.

CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO/ANO*	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	HORAS/CONSUL TÓRIOS/ANO	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL (Ex cluindo Odontologia)	100.320	300.960	-	-
Clínica Médica	26.400	79.200	-	-
Pediatria	22.000	66.000	-	-
Gineco-Obstetrícia	27.280	81.840	-	-
Cirurgia Geral	24.640	73.920	-	-
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	88.000	264.000	-	-
Alergia	880	2.640	-	-
Cargiologia	7.040	21.120	-	-
Dermatologia	5.280	15.840	-	-
Doenças Vasc. Periféricas	2.640	7.920	-	-
Endocrinologia	2.640	7.920	-	-
Gastroenterologia	3.520	10.560	-	-
Hematologia	2.640	7.920	-	-
Medicina Física	-	-	-	-
Nefrologia	1.760	5.280	-	-
Neurocirurgia	-	-	-	-
Neurologia	6.160	18.480	-	-
Oncologia	-	-	-	-
Oftalmologia	7.040	21.120	-	-
Otorrinolaringologia	6.160	18.480	-	-
Proctologia	2.640	7.920	-	-
Psiquiatria	20.240	60.720	-	-
Pneumologia	3.520	10.560	-	-
Reumatologia	3.520	10.560	-	-
Traumatismo-Ortopedia	8.800	26.400	-	-
Urologia	3.520	10.560	-	-
Outras**	-	-	-	-
ODONTOLOGIA	-	-	-	-
TOTAL GERAL	198.320	564.960	205.920	617.760

Fonte: Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas - Su
pervisão do Hospital das Clínicas - Relação de docentes - 1.984

* Foram utilizadas as horas/docente contratadas

** Moléstias Infecto-Contagiosas, Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pes
çoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir.de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

TABELA 5

RECURSOS HUMANOS E FÍSICOS E POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS, POR ESPECIALIDADES, NO AMBULATÓRIO DA PUCC. CAMPINAS, 1.984.

CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO/ANO*	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	HORAS/CONSUL TÓRIO/ANO	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL (Excluindo Odontologia)	28.611	85.888	-	-
Clínica Médica	14.080	42.240	-	-
Pediatria	7.040	21.120	-	-
Gineco-Obstetrícia	5.555	16.720	-	-
Cirurgia Geral	1.936	5.808	-	-
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS -TOTAL	25.256	75.768	-	-
Alergia	-	-	-	-
Cardiologia	4.400	13.200	-	-
Dermatologia	2.904	8.712	-	-
Doenças Vasc. Periféricas	528	1.584	-	-
Endocrinologia	880	2.640	-	-
Gastroenterologia	-	-	-	-
Imunologia	528	1.584	-	-
Medicina Física	-	-	-	-
Nefrologia	1.056	3.168	-	-
Neurocirurgia	-	-	-	-
Neurologia	2.112	6.336	-	-
Oncologia	-	-	-	-
Oftalmologia	-	-	-	-
Otorrinolaringologia	1.540	4.620	-	-
Proctologia	-	-	-	-
Psiquiatria	528	1.584	-	-
Pneumologia	1.760	5.280	-	-
Reumatologia	1.540	4.620	-	-
Traumato-Ortopedia	2.552	7.656	-	-
Urologia	1.760	5.280	-	-
Outras**	3.168	9.504	-	-
ODONTOLOGIA	-	-	-	-
TOTAL GERAL	53.867	161.656	112.640	337.920

Fonte: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas - Superintendência do Hospital "Celso Pierro" e Coordenação do Curso de Medicina - Relação dos horários médicos.

* Foram utilizadas as horas/docente contratadas.

** Moléstias Infecto-Contagiosas, Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pescoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir. de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

TABELA 6

POTENCIAL DE ATENDIMENTO, POR ESPECIALIDADES, DE ACORDO COM OS RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS PÚBLICOS E DE UNIVERSIDADES. CAMPINAS, 1.984.

SERVIÇOS - CLÍNICAS BÁS. E ESPEC. INSTITUIÇÕES	I N A M P S			UNIVERSIDADES	
	PAM 1	PAM 1 EXTENSÃO	PAM 2	AMB. UNICAMP	AMB. PUCC
CLÍNICAS BÁSICAS					
Clínica Médica	52.800	-	-	79.200	42.240
Cirurgia Geral	31.680	-	-	73.920	5.808
Ginecologia - Obstetrícia	-	102.080	-	81.840	16.720
Pediatria	-	-	91.520	66.000	21.120
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS					
Alergia	-	-	-	2.640	-
Cardiologia	17.600	-	-	21.120	13.200
Dermatologia	3.520	-	-	15.840	8.712
Doenças Vasculares Periféricas	10.560	-	-	7.920	1.584
Endocrinologia	10.560	-	-	7.920	2.640
Gastroenterologia	-	-	-	10.560	-
Hematologia	3.520	-	-	7.920	1.584
Medicina Física	-	-	3.520	-	-
Nefrologia	3.520	-	-	5.280	3.168
Neurocirurgia	-	-	-	-	-
Neurologia	17.600	-	-	18.480	3.168
Oftalmologia	-	21.120	-	21.120	-
Oncologia	7.040	-	-	-	-
Otorrinolaringologia	-	-	14.080	18.480	4.620
Proctologia	10.560	-	-	7.920	-
Psiquiatria	3.520	-	-	60.720	1.584
Reumatologia	10.560	-	-	10.560	4.620
Tisio-Pneumologia	7.040	-	-	10.560	5.280
Traumato-Ortopedia	-	21.120	-	26.400	7.656
Urologia	28.160	-	-	10.560	5.280
Outras*	14.080	-	3.520	-	9.504
ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	39.600	-	-	-	-

* Moléstias Infecto-Contagiosas, Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pescoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir. de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

TABELA 7

POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, CLÍNICAS BÁSICAS, CLÍNICAS ESPECIALIZADAS E EM ODONTOLOGIA, SE-
GUNDO O TIPO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E DE UNIVERSIDADES. DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1.984.

CONSULTAS SERVIÇOS - INSTITUIÇÕES	SERVIÇOS PÚBLICOS		SERV. UNIVERSIDADES		TOTAL	Demanda Prevista	Cobertura Potencial %
	P.A.M.s do INAMPS	Hosp. Munic. Dr. M. Gatti	Ambulatório da UNICAMP	Ambulatório da PUCC			
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	489.280	75.920	602.190	214.456	1.381.846	1.627.612	85
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	-	75.920	37.230	52.800	165.950	244.142	68
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL	278.080	-	300.960	85.888	664.928	1.057.948	63
- Clínica Médica	52.800	-	79.200	42.240	174.240	561.526	31
- Cirurgia Geral	31.680	-	73.920	5.808	111.408	37.435	298
- Ginecologia - Obstetricia	102.080	-	81.840	16.720	200.640	206.707	97
- Pediatria	91.520	-	66.000	21.120	178.640	252.280	71
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	211.200	-	264.000	75.768	550.968	325.522	169
- Alergia	-	-	2.640	-	2.640	4.883	54
- Cardiologia	17.600	-	21.120	13.200	51.920	34.180	152
- Doenças Vasculares Periféricas	10.560	-	7.920	1.584	20.064	4.883	411
- Dermatologia	3.520	-	15.840	8.712	28.072	17.904	157
- Endocrinologia	10.560	-	7.920	2.640	21.120	6.510	324
- Gastroenterologia	-	-	10.560	-	10.560	11.393	93
- Hematologia	3.520	-	7.920	1.584	13.024	1.628	800
- Medicina Física	3.520	-	-	-	3.520	9.766	36
- Nefrologia	3.520	-	5.280	3.168	11.968	1.628	735
- Neurocirurgia	-	-	-	-	-	1.628	0

TABELA 7

SERVIÇOS - CONSULTAS INSTITUIÇÕES	SERVIÇOS PÚBLICOS		SERV. UNIVERSIDADES		TOTAL	Demanda Prevista	Cobertura Potencial %
	P.A.M.s do INAMPS	Hosp. Munic. Dr. M. Gatti	Ambulatório da UNICAMP	Ambulatório da PUCC			
(continuação)							
- Neurologia	17.600	-	18.480	6.336	42.416	19.532	217
- Oftalmologia	21.120	-	21.120	-	42.240	45.573	93
- Oncologia	7.040	-	-	-	7.040	3.255	216
- Otorrinolaringologia	14.080	-	18.480	4.620	37.180	30.925	120
- Proctologia	10.560	-	7.920	-	18.480	3.255	568
- Psiquiatria	3.520	-	60.720	1.584	65.824	35.807	184
- Reumatologia	10.560	-	10.560	4.620	25.740	6.510	395
- Tisio-Pneumologia	7.040	-	10.560	5.280	22.880	16.276	141
- Traumato-Ortopedia	21.120	-	26.400	7.656	55.176	47.200	117
- Urologia	28.160	-	10.560	5.280	44.000	14.648	300
- Outras*	17.600	-	-	9.504	27.104	8.138	333
ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	39.600	-	-	-	39.600	406.903	10

* Moléstias Infecto-Contagiosas, Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pescoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir. de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

ses recursos compõem uma parte importante no quadro assistencial do município.

A apresentação conjunta dos serviços públicos e de universidades deve-se ao fato de que, na prática, esses servícios já apresentam um processo de integração em Campinas, considerando as diretrizes e procedimentos recomendados pelo CONASP e pelo Pró-Assistência I, representando um primeiro passo para a integração do sistema de saúde como um todo.

Cabe ressaltar, nesse ponto, as considerações feitas anteriormente sobre os dados utilizados para cálculo do potencial de atendimento dos serviços das universidades.

Embora inicialmente pretendêssemos utilizar os dados colhidos da Ficha de Cadastro Ambulatorial do INAMPS, como foi feito em relação aos outros serviços, verificou-se, no caso da UNICAMP, que o potencial de atendimento calculado a partir desses dados mostrava-se extremamente elevado, corrrespondendo a cerca de 75% do potencial de consultas médicas da totalidade dos serviços de saúde de Campinas: públicos, de universidades e privados. Além disso, os dados da Ficha de Cadastro não apresentavam os recursos horas/médico por especialidades.

Uma vez que dispunhamos, também, de dados levantados "in loco", tanto da UNICAMP como da PUCC, por especialidades, calculou-se o potencial também a partir desses dados.

Em relação à PUCC, os resultados mostraram uma dii

ferença razoável, quando comparados com os obtidos através da Ficha de Cadastro Ambulatorial (total das horas / médico disponíveis).

No entanto, os da UNICAMP mostraram uma diferença muito grande, reforçando a hipótese de que os dados da Ficha Cadastral estavam super-dimensionados. Por isso, na UNICAMP, foi consultada uma terceira fonte, o Relatório de Produção de 1984, a partir do qual foi possível verificar que o número de consultas aí registradas apresentava-se mais baixo, ainda, que o potencial calculado a partir dos recursos levantados no próprio serviço, referentes às horas/docente contratadas.

O Quadro 4 evidencia o que foi exposto. As diferenças observadas, principalmente em relação à UNICAMP, evidenciam as limitações ainda existentes em nosso sistema de informações e coleta de dados, sendo este um dos mais importantes fatores que dificultam a programação e planejamento adequados no âmbito do setor saúde.³⁶

Torna-se necessário esclarecer, ainda, que não existe norma nos serviços das Universidades que estabeleça parâmetros de produtividade para os docentes.

De acordo com informações do representante da UNICAMP no colegiado do Pró-Assistência I, o número de consultas a ser oferecido em cada especialidade é determinado pelos próprios docentes ou pelos médicos residentes que prestam assistência, não obedecendo a quaisquer parâmetros recomendados

QUADRO 4

POTENCIAL DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DA UNICAMP E DA PUCC, CALCULADO SEGUNDO DIFERENTES FONTES DE DADOS. CAMPINAS, 1.984.

POTENCIAL DE ATENDIMENTO CLÍNICAS	UNICAMP			PUCC		
	FONTE 1	FONTE 2	FONTE 3	FONTE 1	FONTE 2	FONTE 3
CLÍNICAS BÁSICAS	1.448.685	300.960	113.178	116.160	85.888	Não foram levantados
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	2.497.695	264.000	83.668	87.120	72.600	
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	37.230	-	14.875	52.800	-	
TOTAL	3.983.610	564.960	211.721	256.080	158.488	-

Fonte 1 - INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Ficha de Cadastro Ambulatorial - 1.984.

Fonte 2 - UNICAMP- Faculdade de Ciências Médicas - Supervisão do Hospital das Clínicas - Relação de docentes - 1.984
PUCC - Faculdade de Ciências Médicas - Superintendência do Hospital "Celso Pierro" e Coordenação do Curso de Medicina - Relação dos horários médicos - 1.984

Fonte 3 - UNICAMP- Faculdade de Ciências Médicas - Supervisão do Hospital das Clínicas - Relatório de Produção - 1.984.

na programação de serviços de saúde.

Portanto, ao adotarmos neste trabalho o parâmetro de 3 consultas/hora/docente, o fazemos obedecendo ao critério do CONASP adaptado para docentes, cientes, no entanto, que o mesmo não é considerado pelos serviços das Universidades.

Reportemo-nos, novamente, à Tabela 7. Observa-se nessa tabela, uma cobertura potencial de 68% em urgência/emergência e, nas Clínicas Básicas, apenas 31% em Clínica Médica, 97% em Ginecologia-Obstetrícia e 71% em Pediatria, enquanto que em Cirurgia Geral apresenta-se bem acima da demanda prevista: 298%.

Quanto às especialidades, a cobertura potencial apresenta-se satisfatória na maioria dos casos ou excedente.

Assim, de acordo com os parâmetros utilizados, existe um potencial de atendimento excedente em relação à demanda prevista em várias especialidades, o que torna possível admitir que, apenas com os serviços públicos e das universidades será possível dar cobertura total à população de Campinas e, eventualmente, à de outros municípios, nas seguintes especialidades:

- Cardiologia
- Doenças Vasculares Periféricas
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Hematologia

- Nefrologia
- Neurologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Proctologia
- Psiquiatria
- Reumatologia
- Tisio-Pneumologia
- Traumato-Ortopedia e
- Urologia.

Quanto às outras especialidades, o potencial apresenta-se abaixo da demanda prevista.

- Alergia
- Gastroenterologia
- Medicina Física
- Neurocirurgia
- Oftalmologia e
- Odontologia.

No entanto, cabem algumas considerações quanto a esses resultados.

Em primeiro lugar, deve-se considerar o fato de Campinas se constituir em um Polo Regional, como foi demonstrado na parte inicial deste trabalho.

Portanto, a cobertura dos serviços teria que ser calculada levando-se em conta essa característica do município e para isso será necessário contar-se com dados sobre o número de pessoas de outros municípios que buscam atendimento nos vários serviços de Campinas.

Não se conseguiu obter esses dados na Secretaria de Planejamento da Prefeitura de Campinas ou em outra fonte. Um dado que poderá dar alguma indicação do que ocorre na realidade, foi fornecido por um dos representantes da UNICAMP no Pró-Assistência I, segundo o qual cerca de 50% dos atendimentos no ambulatório daquela Universidade provêm de outros municípios, o que leva à suposição de que a demanda aos outros serviços também deve ter um grande componente desses casos.

Mesmo assim, conforme se verifica na Tabela 7, o potencial de atendimento revela-se muito elevado em algumas especialidades, podendo-se admitir ser suficiente para atender à demanda de outros municípios.

Ainda em relação aos resultados, é necessário lembrar que, para os serviços da UNICAMP e da PUCC foram adotados parâmetros, neste trabalho, que não são observados, na prática.

Nesse ponto, levanta-se outra questão: embora esses

parâmetros possam até mesmo ser objeto de adaptações regionais, locais ou de acordo com as peculiaridades dos serviços, deve-se reconhecer, entretanto, que a adoção de parâmetros é fundamental para possibilitar o planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços de assistência à saúde. Sem isso, torna-se inexecutável qualquer medida de racionalização dos serviços, sem possibilidade, inclusive, de dimensionar os recursos humanos, físicos e financeiros necessários à implementação de quaisquer sistemas de saúde.

Portanto, a primeira proposta deste estudo é no sentido de que sejam estabelecidos parâmetros de produtividade para todos os serviços e, concomitantemente, critérios de qualidade, duas medidas, entre outras, que tornarão possível a organização dos serviços em bases racionais e a avaliação sistemática da assistência prestada, em termos de sua eficácia e eficiência, isto é, do custo-benefício dessas atividades.

A análise dos recursos dos serviços ambulatoriais privados financiados pelo INAMPS poderá ser feita, agora, através das Tabelas 8, 9 e 10.

Os dados sobre os serviços privados foram tabulados obedecendo às várias modalidades desse tipo de assistência, para melhor caracterização dos mesmos.

Nesse ponto é necessário esclarecer que embora tenham sido coletados dados sobre os recursos físicos (número de consultórios) de todos os serviços que forneceram essa in

TABELA 8

RECURSOS HUMANOS E POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS, POR ESPECIALIDADES, E EM ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, PELOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DAS EMPRESAS E SINDICATOS EM CONVÊNIO COM O INAMPS.

CLÍNICAS	RECURSOS HUMANOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
	HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO/ANO	Nº CONSULTAS MÉD. E ATEND. ODONTOL./ANO
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL (excluindo Odontologia)	63.353	253.412
Clínica Médica	41.252	165.008
Pediatria	9.504	38.016
Gineco-Obstetrícia	12.157	48.628
Cirurgia Geral	440	1.760
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	81.566	326.264
Alergia	646	2.584
Cardiologia	2.871	11.484
Dermatologia	2.277	9.108
Doenças Vasculares Periféricas	689	2.756
Endocrinologia	968	3.872
Gastroenterologia	1.089	4.356
Hematologia	14.600	58.400
Medicina Física	-	-
Nefrologia	528	2.112
Neurocirurgia	176	704
Neurologia	1.452	5.808
Oncologia	132	528
Oftalmologia	19.169	76.676
Otorrinolaringologia	3.817	15.268
Proctologia	176	704
Psiquiatria	25.981	103.924
Tisiopneumologia	660	2.640
Reumatologia	616	2.464
Traumato-Ortopedia	2.676	10.704
Urologia	975	3.900
Outras*	2.068	8.272
ODONTOLOGIA	59.130	177.390
TOTAL GERAL (Exceto Odontologia)	144.919	579.676

Fontes: INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenação Regional de Informática - Ficha de Cadastro Ambulatorial - 1.984.

INAMPS - Campinas - Serviço de Medicina Social - Seção de Documentação Médica.

* Cir. Cardio-Vascular, Cir. Cabeça e Pescoço, Cir. Plástica, Gastro Cirurgia, Cir. de Mão, Cir. Infantil, Cir. Torácica.

TABELA 9

RECURSOS HUMANOS E POTENCIAL DE ATENDIMENTO, POR ESPECIALIDADES, REFERENTES AOS MÉDICOS E ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS PELAS EMPRESAS EM CONVÊNIO E CREDENCIADOS DIRETAMENTE PELO INAMPS. CAMPINAS, 1.984.

CLÍNICAS	RECURSOS HUMANOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	RECURSOS HUMANOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
	Nº Médicos e Odontólogos Credenciados pelas Empresas em Convênio com o INAMPS	Nº Máximo de consultas méd. e atendimentos odontol./ano	Nº Médicos e Odontólogos Credenciados diretamente pelo INAMPS	Nº Máximo de consultas méd. e atendimentos odontol./ano
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL (Excluindo Odontologia)	283	479.402	30	50.820
Clínica Médica	31	52.514	7	11.858
Pediatria	101	171.094	14	23.716
Gineco-Obstetrícia	118	199.892	9	15.246
Cirurgia Geral	33	55.902	-	-
ODONTOLOGIA	3	5.082	3	5.082
CLINICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	409	692.846	24	40.656
Alergia	3	5.082		
Cardiologia	38	64.372	1	1.694
Dermatologia	21	35.574	3	5.082
Doenças Vasc. Periféricas	19	32.186	1	1.694
Endocrinologia	12	20.328	-	-
Gastroenterologia	12	20.328	-	-
Hematologia	9	15.246	-	-
Medicina Física	8	13.552	-	-

TABELA 9

CLÍNICAS	RECURSOS HUMANOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	RECURSOS HUMANOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO
	Nº Médicos e Odontólogos Credenciados pelas Empresas em Convênio com o INAMPS	Nº Máximo de consultas méd. e atendimentos odontol./ano	Nº Médicos e Odontólogos Credenciados diretamente pelo INAMPS	Nº Máximo de consultas méd. e atendimentos odontol./ano
(Continuação)				
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS				
Nefrologia	9	15.246	-	-
Neurocirurgia	15	25.410	-	-
Neurologia	22	37.268	2	3.388
Oncologia	20	33.880	-	-
Oftalmologia	37	62.678	7	11.858
Otorrinolaringologia	19	32.186	2	3.388
Proctologia	15	25.410	-	-
Psiquiatria	31	52.514	-	-
Tisiopneumologia	15	25.410	1	1.694
Reumatologia	11	18.634	-	-
Traumato-ortopedia	33	55.902	5	8.470
Urologia	24	40.656	-	-
Outras	36	60.984	2	3.388
TOTAL GERAL	692	1.172.248	54	91.476

FONTES: INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Fichas de Cadastro Ambulatorial - 1984.

INAMPS - Campinas - Serviço de Medicina Social - Seção de Documentação Médica

TABELA 10

POTENCIAL DE ATENDIMENTO EM CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, CLÍNICAS BÁSICAS, CLÍNICAS ESPECIALIZADAS E EM ODONTOLOGIA, SEGUNDO O TIPO DE SERVIÇOS PRIVADOS. DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1984.

CONSULTAS / SERVIÇOS PRIVADOS - MODALIDADES	AMBULATÓRIOS CONVÊNIOS EM PRESAS / SINDICATOS	CLÍNICAS CONTRATADAS PELO INAMPS	AMBULATÓRIOS DE HOSPITAIS CONTRATADOS PELO INAMPS	MÉDICOS E ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS CONV. EMPRESAS/SINDIC.	MÉDICOS E ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS PELO INAMPS	TOTAL	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL %
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	386.376	193.300	2.064.440	1.172.248	91.476	3.907.840	1.627.612	240
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	-	-	2.064.440	-	-	2.064.440	244.142	846
CLÍNICAS BÁSICAS - TOTAL	253.412	-	-	479.402	50.820	783.634	1.057.948	74
- Clínica Médica	165.008	-	-	52.514	11.858	229.380	561.526	41
- Cirurgia Geral	1.760	-	-	55.902	-	57.662	37.435	154
- Ginecologia - Obstetrícia	48.628	-	-	199.892	15.246	263.766	206.706	128
- Pediatria	38.016	-	-	171.094	23.716	232.826	244.141	95
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS - TOTAL	132.964	193.300	-	692.846	40.656	1.059.766	325.522	326
- Alergia	2.584	-	-	5.082	-	7.666	4.883	157
- Cardiologia	11.484	-	-	64.372	1.694	77.550	34.179	227
- Doenças Vasculares Perif.	2.756	-	-	32.186	1.694	36.636	4.883	750
- Dermatologia	9.108	-	-	35.574	5.082	49.764	17.904	278
- Endocrinologia	3.872	-	-	20.328	-	24.200	6.510	372
- Gastroenterologia	4.356	-	-	20.328	-	24.684	11.393	217
- Hematologia	-	58.400	-	15.246	-	73.646	1.627	4.526
- Medicina Física	-	-	-	13.552	-	13.552	9.765	139
- Nefrologia	2.112	-	-	15.246	-	17.358	1.627	1.067
- Neurocirurgia	704	-	-	25.410	-	26.114	1.627	1.605
- Neurologia	5.808	-	-	37.268	3.388	46.464	19.531	238

TABELA 10

CONSULTAS SERVIÇOS PRIVADOS MODALIDADES	AMBULATÓRIOS CONVÊNIOS EM PRESAS / SINDICATOS	CLÍNICAS CONTRATADAS PELO INAMPS	AMBULATÓRIOS DE HOSPITAIS CONTRATADOS PELO INAMPS	MÉDICOS E ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS CONV. EMPRE- SAS / SIND.	MÉDICOS E ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS PELO INAMPS	TOTAL	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL %
(continuação)								
- Oftalmologia	47.476	29.200	-	62.678	11.858	151.212	45.573	332
- Oncologia	528	-	-	33.880	-	34.408	3.255	1.057
- Otorrinolaringologia	8.228	7.040	-	32.186	3.388	50.842	30.924	164
- Proctologia	704	-	-	25.410	-	26.114	3.255	802
- Psiquiatria	5.264	98.660	-	52.514	-	156.438	35.807	437
- Reumatologia	2.464	-	-	18.634	-	21.098	6.510	324
- Tisio-Pneumologia	2.640	-	-	25.410	1.694	29.744	16.276	183
- Traumato-Ortopedia	10.704	-	-	55.902	8.470	75.076	47.200	166
- Urologia	3.900	-	-	40.656	-	44.556	14.648	304
- Outras*	8.272	-	-	60.984	3.388	72.644	8.138	893
ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	120.912	-	12.795	5.082	5.082	143.871	406.903	35

* Cirurgia de mão, torácica, cardíaca, plastica.

formação através da Ficha de Cadastro Ambulatorial, os mesmos não foram globalizados nas tabelas devido a dois principais motivos: primeiro, que o número de unidades ambulatoriais é muito grande, 36 ao todo, entre as de empresas e sindicatos, ao contrário dos ambulatórios das Universidades, um para cada Universidade, e dos três PAMs. do INAMPS, que, mesmo apresentados em conjunto, permitem um cálculo de disponibilidade média de consultórios dos serviços do INAMPS. Em segundo lugar, interessa-nos mais conhecer o potencial de atendimento ambulatorial dos recursos físicos dos serviços públicos e de Universidades que dos serviços privados, uma vez que a reorganização do sistema de assistência à saúde deverá ser conduzida prioritariamente através daqueles serviços.

No entanto, na relação final dos serviços (Anexo 11) consta o número de consultórios médicos e odontológicos de cada unidade ambulatorial das empresas e sindicatos, além das horas/profissional/dia.

Quanto aos médicos e odontólogos credenciados não foi compilado o número de consultórios, devido à modalidade peculiar dessa assistência, que é prestada no próprio consultório do profissional, orientada através de normas específicas do INAMPS, sendo que cada profissional credenciado poderá realizar, no máximo, 1.694 atendimentos por ano.

Na Tabela 8 estão discriminados os recursos humanos e o potencial de atendimento das unidades ambulatoriais próprias e contratadas pelas empresas e sindicatos em convênio com o INAMPS e na Tabela 9 os mesmos dados referentes aos profissionais credenciados.

Na Tabela 10 o potencial de atendimento das várias modalidades de serviços ambulatoriais privados é comparado com a demanda prevista, obtendo-se, então, a cobertura potencial desses serviços em relação à população de Campinas.

Foram incluídos, nessa tabela, o potencial de atendimentos de urgência/emergência pelos ambulatoriais dos hospitais contratados pelo INAMPS, pela importância que esse tipo de assistência assume no contexto geral dos serviços, notadamente nos serviços privados, uma vez que, como já foi comentado, os atendimentos de urgência/emergência registrados em 1.982 se apresentaram muito acima do previsto pelos parâmetros.

Pelos dados, observa-se uma cobertura potencial de 846%, portanto, muito mais que o necessário, indicando o excesso de recursos financiados pelo INAMPS para esse tipo de assistência.

Outros dados de interesse da Tabela 10, pela grande distorção com que se apresentam, referem-se à cobertura potencial que excede, em muito, a demanda prevista, em que podemos destacar, como exemplos:

- Hematologia 4.526%
- Neuro-Cirurgia 1.605%
- Nefrologia 1.067%
- Oncologia 1.057%
- Proctologia 802%
- Doenças Vasculares Periféricas 750%.

Da análise dessa tabela, pode-se depreender que os recursos na maioria das especialidades estão muito além das necessidades, mesmo se for considerada a característica de Campinas como Polo Regional.

Deve-se lembrar, ainda, que a cobertura potencial pelos serviços públicos e de Universidades também mostrou índices muito elevados na maioria das especialidades.

Ao mesmo tempo, deve-se destacar que todos os serviços ambulatoriais: públicos, de Universidades e privados, apresentam recursos insuficientes para proporcionar cobertura à população nas Clínicas Básicas, principalmente em Clínica Médica:

- Serviços Públicos + Universidades = 31% (Tabela 5)
- Serviços Privados = 41% (Tabela 10).

Portanto, pode-se afirmar que há uma nítida inversão do tipo de recursos em disponibilidade para a implementação de um sistema de saúde adequado.

Reportando-nos, agora, às Tabelas 11, 12, 13, 14 e 15, podemos observar a situação relativa aos recursos hospitalares.

Lembramos que os parâmetros do CONASP baseiam-se em taxa de ocupação de 80%.

De acordo com o número de leitos existentes e as

TABELA 11

NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES E CONTRATADOS PELO INAMPS, POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, E TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS, SEGUNDO QUOTAS DE INTERNAÇÕES ESTABELECIDAS PELO INAMPS, NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI. CAMPINAS, 1.984.

ESPECIALIDADES	Nº DE LEITOS		POTENCIAL DE INTERNAÇÕES / ANO		Quotas de Internações do INAMPS (3)	Taxa Ocupação % de Leitos	
	Existentes(1)	Contratados pelo INAMPS (2)	Por Leitos Existentes	Por Leitos Contratados INAMPS		Existentes	Contratados pelo INAMPS
Clínica Médica	77	40	3.465	1.800	-	-	-
Clínica Cirúrgica	50	40	2.500	2.000	-	-	-
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	127	80	5.965	3.800	2.580	43	68

FONTES: (1) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Ficha de Cadastro Hospitalar - 1.984

(2) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Medicina Social - Coordenadoria Regional de Promoção da Saúde Individual - Equipe de Contratos e Convênios

(3) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Planejamento de Saúde

TABELA 12

NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES E CONTRATADOS PELO INAMPS, POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, E TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS, SEGUNDO QUOTAS DE INTERNAÇÕES ESTABELECIDAS PELO INAMPS, HOSPITAIS PRIVADOS, CAMPINAS, 1.984.

ESPECIALIDADES	Nº DE LEITOS		POTENCIAL DE INTERNAÇÕES / ANO		Quotas de Internações do INAMPS (3)	Taxa Ocupação de Leitos %	
	Existentes(1)	Contratados pelo INAMPS (2)	Por Leitos Existentes	Por Leitos Contratados INAMPS		Existentes	Contratados pelo INAMPS
Clínica Médica	1.365	344	61.425	15.480			
Clínica Cirúrgica	567	293	28.350	14.650			
Clínica Obstétrica	177	79	14.160	6.320			
Clínica Psiquiátrica	847	497	6.776	3.976	10.536	155	265
TOTAL	2.956	1.213	110.711	40.426	66.936	60	166

Fontes: (1) INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Fichas de Cadastro Hospitalar - 1984
 (2) INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Medicina Social - Coordenadoria Regional de Promoção da Saúde Individual - Equipe de Contratos e Convênios
 (3) INAMPS - S.Paulo - Secretaria Regional de Medicina Social - Coordenadoria Regional de Controle e Avaliação - Equipe de Auditoria

TABELA 13

NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, E TAXA DE OCUPAÇÃO SEGUNDO O NÚMERO DE INTERNAÇÕES EM 1.984, NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. CAMPINAS, 1.984.

ESPECIALIDADES	Nº DE LEITOS		POTENCIAL DE INTERNAÇÕES/ANO	Nº DE INTERNAÇÕES EM 1.984 (2) (3)	TAXA OCUPAÇÃO DE LEITOS %
	Existentes (1)	Contratados pelo INAMPS	Por Leitos Existentes		Existentes
Clínica Médica	240	Não é estabelecido no Convênio	10.800	7.748	72
Clínica Cirúrgica	171		8.550	4.281	50
Clínica Obstétrica	50		4.160	2.223	53
Clínica Psiquiátrica	4	-	32	-	-
TOTAL	465	-	23.542	14.252	61

FONTES: (1) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Informática - Ficha de Cadastro Hospitalar - 1984.

(2) INAMPS - São Paulo - Secretaria Regional de Planejamento - Relatório de Serviços Produzidos - DATAPREV - Outubro de 1984, estimado até dezembro de 1984.

(3) Foi utilizado esse dado, uma vez que o INAMPS não estabelece quotas de internações nos Convênios com Universidades.

TABELA 14

POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, SEGUNDO O TIPO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E DE UNIVERSIDADES.
DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1.984.

SERVIÇOS - INSTITUIÇÕES INTERNAÇÕES ESPECIALIDADES	SERV. PÚBLICO	SERV. DE UNIVERSIDADES		TOTAL	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL %
	HOSP. MUNICI PAL M. GATTI	HOSP. UNICAMP (STA. CASA)	HOSP. PUCC (CELSO PIERRO)			
Clínica Médica	3.465	6.030	4.770	14.265	40.690	35
Clínica Cirúrgica	2.500	5.250	3.300	11.050	14.649	75
Clínica Obstétrica	-	1.760	2.400	4.160	22.787	18
Clínica Psiquiátrica	-	32	-	32	3.255	1
TOTAL	5.965	13.072	10.470	29.507	81.381	36

TABELA 15

POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, PELOS SERVIÇOS PRIVADOS, DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1984.

ESPECIALIDADES	POTENCIAL DE INTERNAÇÕES	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL
Clínica Médica	57.465	40.690	141
Clínica Cirúrgica	28.350	14.650	194
Clínica Obstétrica	14.160	22.787	62
Clínica Psiquiátrica	6.808	3.255	209
T O T A L	106.783	81.382	130

quotas de internações* estabelecidas pelo INAMPS, no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti a taxa de ocupação encontrada foi de 43%, enquanto que nos hospitais privados foi de 54% (Tabelas 11 e 12).

Porém, em relação aos leitos contratados, as taxas foram, respectivamente, de 68% para o Hospital Mario Gatti e 155% para os hospitais privados, nesse caso, portanto, um número de internações maior que o potencial nos hospitais privados. (Tabelas 11 e 12).

Ainda na Tabela 12 verifica-se que houve excesso de internações nos hospitais psiquiátricos, tanto em relação aos leitos existentes - 155% - como, principalmente, em relação aos leitos contratados: 265%.

Nos hospitais universitários, de acordo com o número de internações registradas em 1984**, a taxa de ocupação foi de 61% em relação aos leitos existentes, único dado considerado para cálculo, uma vez que não é estabelecido o número de leitos contratados no convênio INAMPS/hospitais universi

* Baseadas no número médio de internações desses hospitais nos meses de fevereiro, março e abril de 1.984, segundo informações colhidas na Secretaria Regional de Planejamento do INAMPS.

** Número de internações globalizados para os dois hospitais, fornecido pela Coordenadoria Regional de Informática, da Secretaria Regional de Planejamento do INAMPS. Não foi possível obter dados sobre as internações de cada hospital universitário em separado, na fonte consultada.

tários. (Tabela 13).

Na Tabela 14 verifica-se a cobertura potencial pelos hospitais do setor público e das universidades, por especialidades, sendo a mesma insignificante em Psiquiatria - 1%, bem maior em Clínica Cirúrgica - 75% e bastante baixa em Clínica Médica e Obstétrica, respectivamente, 35% e 18%.

Já nos hospitais privados, com exceção da Clínica Obstétrica, onde se observa 62% de cobertura potencial, as outras Clínicas extrapolam a demanda prevista: 141% em Clínica Médica, 194% em Clínica Cirúrgica e 209% em Clínica Psiquiátrica. (Tabela 15).

Na Tabela 16, um demonstrativo geral sobre a disponibilidade de consultas e internações em todos os serviços, públicos, universitários e privados, demonstra mais nitidamente a maior disponibilidade de recursos do setor privado, tanto nos serviços ambulatoriais como nos hospitalares.

Finalmente, nas Tabelas 17 e 18, pode-se analisar os dados referentes ao conjunto dos serviços de saúde existentes em Campinas, a nível ambulatorial e hospitalar, o que, de maneira geral, reforça a situação encontrada através da análise das tabelas anteriores.

Em primeiro lugar evidencia-se um número excessivo de consultas médicas disponíveis no conjunto dos serviços: 5.736.726, quando a demanda prevista é de 1.627.612 consultas, portanto, um potencial equivalente a 352% em relação ao

TABELA 16

POTENCIAL DE ATENDIMENTO, EM NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS, ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E INTERNAÇÕES, POR TIPO DE SERVIÇO E ASSISTÊNCIA. CAMPINAS, 1.984.

ASSISTÊNCIA SERVIÇOS	PRIMÁRIA: CONS. MÉDICAS E ATEND. ODONTOLÓGICOS	AMBULATORIAL: URGÊN- CIAS, CLÍNICAS BÁSI CAS E ESPECIALIZADAS	HOSPITALAR: INTERNAÇÕES	TOTAL
SERVIÇOS PÚBLICOS				
Nº Consultas Médicas	404.800	565.200	-	970.000
Nº Atendim. Odontológicos	149.898	39.600	-	189.498
Nº Internações	-	-	5.965	5.965
SERVIÇOS DE UNIVERSIDADES				
Nº Consultas Médicas	42.240	816.646	-	858.886
Nº Atendim. Odontológicos	9.504	-	-	9.504
Nº Internações	-	-	23.382	23.382
SERVIÇOS PRIVADOS				
Nº Consultas Médicas	-	3.907.840	-	3.907.840
Nº Atendim. Odontológicos	-	143.871	-	143.871
Nº Internações	-	-	106.783	106.783

TABELA 17

DEMANDA PREVISTA E POTENCIAL DE ATENDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, PELO CONJUNTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS, DE UNIVERSIDADES E PRIVADOS E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1.984.

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	DEMANDA PREVISTA	POTENCIAL DE ATENDIMENTO	COBERTURA POTENCIAL %
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	1.627.612	5.736.726	352
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	244.142	2.230.390	914
CLÍNICAS BÁSICAS	1.057.948	1.895.602	179
Clínica Médica	561.526	403.620	72
Cirurgia Geral	37.435	169.070	452
Ginecologia-Obstetrícia	206.707	464.406	225
Pediatria	252.280	411.466	163
Assistência Primária	-	447.040	-
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	325.522	1.610.734	495
Alergia	4.883	10.306	211
Cardiologia	34.180	129.470	379
Dermatologia	17.904	77.836	435
Doenças Vasculares Periféricas	4.883	56.700	1.161
Endocrinologia	6.510	45.320	696
Gastroenterologia	11.393	35.244	309
Hematologia	1.628	86.670	5.324
Medicina Física	9.766	17.072	175
Nefrologia	1.628	29.326	1.801
Neurocirurgia	1.628	26.114	1.604
Neurologia	19.532	88.880	455
Oftalmologia	45.573	193.452	424
Oncologia	3.255	41.448	1.273
Otorrinolaringologia	30.925	88.022	285
Proctologia	3.255	44.594	1.370
Psiquiatria	35.807	222.262	621
Reumatologia	6.510	46.838	719
Tisio-Pneumologia	16.276	52.624	323
Traumato-Ortopedia	47.200	130.252	276
Urologia	14.648	88.556	605
Outras	8.138	99.748	1.226
ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS*	406.903	342.873	84

* Compreende:

urgências, odontoclínica, odontopediatria, odontoradiologia, programas, assistência primária.

necessário. (Tabela 17)

O potencial de urgência/emergência, por outro lado, é de 2.230.390 consultas, cerca de 39% em relação ao total de consultas médicas disponíveis, ao invés dos 15% previstos nos parâmetros do CONASP. Em relação à demanda prevista, as consultas de urgência/emergência representam 914%, portanto, um excedente proporcionalmente bem maior que o relativo ao número total de consultas.

As Clínicas Básicas, entretanto, apresentam um potencial de 1.895.602 consultas, representando 33% em relação ao total de consultas disponíveis, quando os padrões estabelecem que as Clínicas Básicas devem representar 65% do total.

Por outro lado, embora no conjunto das Clínicas Básicas a cobertura aparentemente se mostre satisfatória: 179%, pode-se observar que em Clínica Médica o potencial é insuficiente, ficando em 72%, mesmo incluindo-se aí as consultas disponíveis na Rede Básica para assistência primária.

Dessa forma, evidencia-se que também em relação às Clínicas Básicas há maior distorção do que se pode depreender pela análise global desse tipo de recursos, uma vez que é em Cirurgia Geral que os mesmos apresentam maior percentual - 452%, em relação às necessidades, enquanto Gineco-Obstetrícia indica 225% e Pediatria 163%.

É oportuno considerar que, de acordo com a classificação adotada pelo CONASP, tal como aparece na Tabela 17, as

Clínicas Básicas incluem Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria.

No entanto, um sistema de complexidade crescente compreende o nível primário com atendimento voltado para a atenção ambulatorial nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Odontologia, além do apoio diagnóstico laboratorial simplificado e radiológico. Nesse sistema, a Clínica Cirúrgica se situa no nível secundário, juntamente com a assistência em especialidades e em emergências.³²

Assim sendo, é tecnicamente recomendável considerar as Clínicas Básicas excluindo-se a Cirurgia Geral, o que está mais de acordo com a estrutura das necessidades de assistência e com a racionalidade do sistema de saúde.

Retomando a análise da Tabela 17 os resultados encontrados relativos às Clínicas Especializadas mostram-se, novamente, bastante expressivos.

Para o total de especialidades dispõe-se, de acordo com o estudo, de uma capacidade de oferta de 1.610.734 consultas/ano, o que corresponde a 495% em relação à demanda prevista, que é de 325.522 consultas/ano.

Além dessa, outras distorções são evidentes, entre as quais citamos as dez maiores:

- Hematologia 5.324%
- Nefrologia 1.801%

- Neuro-Cirurgia 1.604%
- Proctologia 1.370%
- Doenças vasculares periféricas 1.161%
- Reumatologia 719%
- Endocrinologia 696%
- Psiquiatria 621%
- Urologia 605%
- Neurologia 455%.

O potencial de assistência odontológica, porém, apresenta-se aquém do esperado: 84%. Nesse particular é necessário lembrar os demais recursos da Prefeitura, para atendimento aos escolares, já comentado anteriormente.

Quanto às internações, verifica-se que, com exceção da Clínica Obstétrica, há uma cobertura potencial acima do necessário, como pode ser visto na Tabela 18, onde Clínica Cirúrgica aparece com 269% em relação ao necessário, Clínica Psiquiátrica 210% e Clínica Médica 176%, enquanto que em Clínica Obstétrica os recursos não proporcionam a cobertura necessária, ficando em 80%.

É necessário lembrar que para o cálculo da cobertura foi utilizado o número total de leitos existentes nos hospitais, conforme aparecem na Ficha de Cadastro Hospitalar do INAMPS. Porém, deixaram de ser considerados os leitos destinados aos convênio-empresas, por razões já comentadas anteriormente.

Todas essas constatações e questionamentos devem ser

TABELA 18

POTENCIAL DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADES, PELOS HOSPITAIS: PÚBLICO, UNIVERSITÁRIOS E PRIVADOS, DEMANDA PREVISTA E COBERTURA POTENCIAL. CAMPINAS, 1.984.

ESPECIALIDADES	POTENCIAL DE INTERNAÇÕES			TOTAL	DEMANDA PREVISTA	COBERTURA POTENCIAL %
	HOSPITAL MUNICIPAL DR.MÁRIO GATTI	HOSPITAIS UNIVERSI- TÁRIOS	HOSPITAIS PRIVADOS			
Clínica Médica	3.465	10.800	57.465	71.730	40.690	176
Clínica Cirúrgica	2.500	8.550	28.350	39.400	14.650	269
Clínica Obstétrica	-	4.000	14.160	18.160	22.787	80
Clínica Psiquiátrica	-	32	6.808	6.840	3.255	210
T O T A L	5.965	23.382	106.783	136.130	81.382	167

levados em conta para orientar e melhor adequar o sistema de saúde de Campinas às necessidades da população.

A organização dos serviços em nível de complexidade crescente requer a caracterização e classificação dos mesmos de acordo com o nível de assistência prestada.

Como já foi dito anteriormente, a classificação, na prática, nem sempre pode ser feita rigorosamente de acordo com os critérios teóricos, principalmente em relação aos níveis de maior complexidade.

Assim, embora reconhecendo possíveis inadequações, pode-se sugerir a seguinte classificação, baseada nos conceitos e critérios apresentados neste trabalho:

Nível primário

- Postos de Saúde da Prefeitura;
- Centros de Saúde e Unidades Periféricas do Estado;
- Postos de Saúde da PUCC.

Nível secundário

- Postos de Assistência Médica do INAMPS;
- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, incluindo o ambulatório para atendimento de urgências;
- Ambulatório de especialidades da UNICAMP;
- Ambulatório de especialidades da PUCC;
- Ambulatórios das empresas e sindicatos em convênio com o INAMPS;
- Médicos e Odontólogos credenciados pelo INAMPS e

pelos convênio-empresas e sindicatos;

- Hospitais gerais contratados pelo INAMPS, incluindo os ambulatorios para atendimento de urgências.

Nível terciário

- Hospital da UNICAMP;
- Hospital da PUCC;
- Hospitais e Clínicas especializadas contratados pelo INAMPS.

Deve-se lembrar, nesse ponto, que conforme o apresentado nos aspectos conceituais deste trabalho, os níveis de assistência não são sinônimos de estabelecimentos por meio dos quais se presta a assistência, embora haja uma relação entre os dois. Além disso, em um dado estabelecimento se pode desenvolver, e assim ocorre na prática, mais de um nível de assistência.³²

Dessa forma pode-se admitir, por exemplo, que os Postos de Assistência Médica do INAMPS prestam assistência com características de nível primário e secundário, ou que os hospitais classificados em nível secundário disponham de recursos físicos e humanos altamente especializados em Neuro-Cirurgia ou Cirurgia Cardíaca, por exemplo, compatíveis com a tecnologia característica do nível terciário.

Portanto, para a organização dos serviços e do sistema de referência é necessário que se proceda a um levantamento mais acurado em cada serviço, levando-se em conta os recursos tecnológicos de cada um a partir de critérios previamente definidos, o que permitirá uma classificação mais realista e adequada.

7. COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

A partir do que foi exposto, podemos afirmar, em primeiro lugar, que as fontes disponíveis de dados para dimensionamento dos recursos para assistência à saúde existentes no Município de Campinas são razoáveis, uma vez que, embora forneçam informações de praticamente todos os serviços existentes, essas informações são incompletas ou deixam margem para dúvidas quanto à sua fidedignidade. Para exemplificar, lembramos a inexistência de dados sobre o número de leitos contratados nos hospitais privados pelas entidades médicas prestadoras de assistência aos beneficiários dos convênio-empresa; outro exemplo, refere-se aos recursos humanos do ambulatório da UNICAMP, que mostraram grande diferença quando compilados da Ficha de Cadastro Ambulatorial do INAMPS e quando fornecidos diretamente pela própria Universidade para este estudo.

A inexistência de dados sobre o número de leitos dos convênio-empresa leva a vários questionamentos, entre eles, como será possível ao INAMPS controlar e avaliar a assistência hospitalar devida aos beneficiários dos convênios, se não são conhecidos nem mesmo os recursos em leitos disponíveis para esses beneficiários. As próprias Fichas de Cadastro Hospitalar do INAMPS não solicitam esses dados, induzindo à persistência dessa falha que, por sua vez, se reflete na impossibilidade de se planejar, controlar e avaliar os serviços daquela modalidade de assistência.

Outra consideração que pode ser feita é que a impossibilidade de controle desses leitos e, conseqüentemente, das

internações, pode induzir à ocorrência de duplicidade de pagamento dessas internações pelo INAMPS, uma vez que as internações dos beneficiários dos convênio-empresas podem facilmente ser registradas como internações de previdenciários sem direito aos convênios, oferecendo condições, portanto, para o super-faturamento dessas internações, as quais já estão sendo pagas pelo INAMPS através do convênio.

Retomando a discussão de outros pontos apresentados, podemos também afirmar que os recursos em assistência primária e Clínica Médica em Campinas são insuficientes para cobertura à população do Município.

Exceção feita a esses casos, os recursos médicos ambulatoriais de Campinas são suficientes para atender às necessidades da população do Município e até de outros municípios, pois se observa, na grande maioria das especialidades, um excedente considerável.

Lembrando que, de acordo com os resultados desse estudo, os serviços públicos e de universidades, em conjunto, podem dar cobertura total à população na maioria das especialidades médicas a nível ambulatorial, pode-se considerar a possibilidade de credenciamento dos serviços privados pelo INAMPS naquelas especialidades ou, no mínimo, de redução desses credenciamentos, após reorientação criteriosa da clientela para os serviços públicos e universitários.

Essa medida, no entanto, envolve aspectos técnicos, administrativos e políticos bastante complexos, uma vez que

interfere numa situação há muito existente e, inclusive, por atender a interesses do setor privado, para o qual é fundamental a manutenção do vínculo com o INAMPS, de cujos recursos depende sua sobrevivência.

Em relação aos serviços próprios do INAMPS e públicos em geral, o próprio CONASP reconhece que, geralmente, observa-se grande sub-utilização e certo grau de desprestígio perante a população.

O gerenciamento dos serviços públicos, via de regra, mostra-se ineficaz, seja por falta de administradores devidamente capacitados, ou pela centralização exagerada, com mecanismos burocráticos extremamente complexos.

Outro fator que interfere na baixa eficácia dos serviços públicos é creditada à política de recursos humanos e de salários, desestimuladora, com freqüente inobservância do sistema de mérito, e ainda pela dupla militância profissional, com suas conseqüências de todo inconvenientes.

Mesmo assim, em face das atuais propostas de reorientação do sistema de assistência, pode-se admitir a mudança gradativa dessa situação e isso inclui a prioridade que deve ser dada à utilização plena da capacidade de produção dos serviços públicos, bem como o reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada na prestação da assistência.

Nesse caso, pode-se retomar a idéia de reverter par

te dos recursos financeiros atualmente alocados nos serviços privados para os serviços públicos, através do reforço financeiro ao convênio para desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde, o que daria ensejo ao aumento da cobertura da população em assistência primária, que conforme o apresentado neste trabalho, mostra-se insuficiente para a demanda prevista.*

O Quadro 5 (Anexo 12) mostra dados de interesse. Verifica-se que a maior parcela - 77,77% - dos recursos financeiros do INAMPS em Campinas, no ano de 1.984, foi repassada aos serviços privados, contratados para prestação de assistência com características de níveis secundário e terciário, enquanto que para as Ações Integradas de Saúde, que enfatiza a assistência primária, coube apenas 0,43%. É necessário esclarecer que apenas no final do ano de 1.984 foi celebrado o convênio A.I.S. com a Prefeitura de Campinas; mesmo assim, o percentual de gastos com os serviços privados, de nível mais complexo, parece excessivo, principalmente considerando-se a prioridade que deve ser dada à assistência de

*Nesta etapa do trabalho foi aventada a possibilidade de se conhecer os recursos financeiros utilizados pelo INAMPS em 1.984 nas várias modalidades de assistência, uma vez que os comentários e conclusões poderiam ser enriquecidos com mais esses dados.

Consultando-se a Coordenadoria Regional de Orçamento-Programa do INAMPS, puderam ser coletados os dados relativos àqueles recursos, com exceção dos valores pagos aos serviços contratados para assistência hospitalar, os quais foram levantados por hospital, mês a mês, no Departamento Regional de Finanças da Secretaria Regional de Administração do INAMPS.

nível primário e lembrando, ainda, que a cobertura potencial mostrou-se acima do necessário, na maioria das especialidades ambulatoriais e de internações hospitalares, conforme apresentado neste trabalho.

Para o ano de 1.985 estão previstos recursos financeiros de cerca de 8 bilhões de cruzeiros para as A.I.S. em Campinas, segundo informações do Coordenador Regional de Organização-Programa do INAMPS, o que, embora represente um aumento substancial de recursos, ainda está aquém do que foi pago em 1.984 aos serviços contratados, apenas para a assistência ambulatorial: mais de 12 bilhões de cruzeiros (Anexo 12).

As medidas acima propostas, sem dúvida, poderiam levar a uma mudança significativa da situação.

Outra medida de fundamental importância a ser adotada será o estabelecimento de parâmetros de produtividade para os serviços das universidades, pois só assim esses serviços poderão oferecer, efetivamente, a assistência que seu potencial permite e que a população necessita. Juntamente com os serviços públicos, principalmente o INAMPS, poderão se constituir em Centros de Referência para o atendimento de especialidades, com o aumento gradativo dos recursos financeiros repassados pelo INAMPS, uma vez que de acordo com o CONASP, os Hospitais de Ensino devem ter prioridade na assistência, em relação aos serviços ambulatoriais privados.

Adaptações regionais, locais e até em função das pe

culiaridades dos serviços poderão ser feitas em relação aos parâmetros de produtividade e de planejamento assistencial utilizados neste trabalho; no entanto, é imprescindível sua adoção, para possibilitar o planejamento racional dos recursos humanos, físicos e financeiros necessários, bem como a avaliação da assistência prestada em termos de efetividade, eficácia e eficiência.

Concomitantemente, deverá ser feita a comparação da produtividade, isto é, do desempenho real dos serviços públicos e de universidades, em número de atendimentos com o potencial de atendimento, calculado através dos parâmetros estabelecidos, o que poderá indicar ociosidade ou sobrecarga daqueles serviços.

Medidas administrativas para permitir a comparação das horas/profissional/contratadas com as horas trabalhadas serão necessárias para que seja observado um tempo médio de duração das consultas médicas e dos atendimentos odontológicos compatível com a qualidade requerida por essas atividades.

Ao mesmo tempo, o estabelecimento de critérios de qualidade e um sistema de controle e avaliação deverão ser definidos.

Nesse sentido, a implementação de um sistema de referência poderá se constituir em medida de especial relevância.

A eficácia das atividades desenvolvidas pelos vários serviços poderá ser constatada na medida em que o nível primário atender satisfatoriamente os casos de menor complexidade, o mesmo podendo ser dito em relação aos níveis secundário e terciário, para os casos mais complexos. Em outras palavras: a implementação, controle e avaliação do sistema de referência, em última análise, significa a avaliação da qualidade da assistência prestada, uma vez que a resolução possível dos casos atendidos em cada nível depende da maior ou menor qualidade da assistência prestada.

Na medida em que o nível primário de assistência efetivamente resolver cerca de 80% dos casos atendidos, como é preconizado³², a referência para os outros níveis se dará apenas nos casos realmente necessários, propiciando condições para um atendimento mais criterioso em todos os níveis, com melhoria da qualidade da assistência, um dos objetivos fundamentais das propostas de reorientação do sistema de saúde.

De outro ângulo, pode-se dizer que a baixa capacidade resolutiva, em especial da rede de serviços básicos, determinará o excesso de referência de casos para os níveis de maior complexidade, o que caracteriza uma distorção grave, uma vez que a expansão de cobertura à população poderá, nesas circunstâncias, gerar uma demanda aos serviços mais especializados e hospitalares, além de desnecessária, incompatível com a ordenação dos recursos financeiros.

Parâmetros de desempenho dos serviços deverão ser estabelecidos em relação ao coeficiente e composição da referência, o que permitirá o controle dessas variáveis e consequentemente, do desempenho propriamente dito.

Sugere-se, para isso, os mesmos parâmetros estipulados pelo Plano de Racionalização da Assistência Médica Ambulatorial da Previdência Social²², onde se definiu que a porta de entrada ou linha de frente do sistema deverá ser o que se convencionou chamar de "Atendimento de Primeira Linha", assim considerados:

- Clínica Médica
- Pediatria
- Obstetrícia
- Ginecologia - 80% dos atendimentos e
- Oftalmologia - 80% dos atendimentos, uma vez que os médicos ginecologistas e oftalmologistas deverão atender a pacientes referidos por outros profissionais, correspondendo, os referidos, a 20% sobre o total de suas consultas mensais.

Os parâmetros recomendados para os profissionais de Atendimento de Primeira Linha são os seguintes:

- 80% da resolutividade de casos em atendimento inicial;
- Solicitar exames complementares até 15% das consultas realizadas;
- Marcar retornos para controle, seguimento ou reat

- valiação, em até 20% das consultas realizadas;
- Encaminhar para consulta de referência, diretamente após a primeira consulta, até 5% dos pacientes atendidos;
 - Internar emergências ou casos eletivos de acordo com os parâmetros previstos para a região e especificados pelo orçamento-programa.

Recomenda-se que o prazo máximo de agendamento de consultas de retorno seja de 90 dias e o mínimo de 72 horas. O médico deverá ter à sua disposição impressos para controle de reserva dessas consultas.

Caso haja necessidade de consulta de referência, assim consideradas as consultas especializadas, inclusive ginecologia e oftalmologia, o médico deverá preencher impresso próprio, orientando o cliente para dirigir-se ao setor competente.

Procedimentos semelhantes deverão ser obedecidos nos casos que necessitam exames complementares e internações.

À exceção dos ginecologistas e oftalmologistas, que participarão da Primeira e da Segunda Linha de atendimento, são considerados médicos de Segunda Linha todos os outros especialistas.

Os pacientes a serem atendidos por esses profissionais serão os referidos pelos médicos de Primeira Linha.

Caso seja necessário uma consulta de referência para outro especialista de Segunda Linha, o procedimento é semelhante ao anterior, isto é, preencher o impresso próprio e encaminhar o paciente para o setor competente, o mesmo ocorrendo para os casos que necessitarem serviços complementares de diagnóstico e terapia ou internação hospitalar.

Os parâmetros de serviços complementares de diagnóstico e terapia para os médicos de Segunda Linha são os mesmos recomendados pela Portaria MPAS/3.406/82 (Anexo 8) preconizada pelo CONASP, levando-se em consideração as características de cada especialidade.

Todos esses procedimentos relacionados aos atendimentos e encaminhamentos deverão ser registrados sistematicamente em impresso elaborado para esse fim, o que possibilitará o controle do sistema de referência e, conseqüentemente, da própria assistência prestada.

8. CONCLUSÕES

1 - Existem, no Município de Campinas, serviços de saúde públicos e privados que prestam assistência nos níveis primário, secundário e terciário, sem obedecer, contudo, à racionalização que deve caracterizar um sistema de complexidade crescente.

2 - As fontes de dados existentes sobre os recursos dos serviços de saúde de Campinas apresentam considerável volume de informações, embora incompletas e contraditórias em relação a algumas modalidades de serviços.

3 - A inexistência de dados sobre o número de leitos à disposição dos convênio-empresas impossibilita o planejamento adequado, o controle e avaliação, pelo INAMPS, da assistência hospitalar devida aos beneficiários daqueles convênios.

4 - A impossibilidade de controle dos leitos de convênio-empresa e, conseqüentemente, das internações, pode induzir à duplicidade de pagamento dessas internações pelo INAMPS.

5 - A cobertura potencial pelo conjunto dos serviços ambulatoriais existentes no Município revela-se insuficiente em Assistência Primária, Clínica Médica e Odontologia, enquanto observa-se excesso de recursos em todas as especialidades, segundo os parâmetros do CONASP.

6 - A nível hospitalar, de acordo com os parâmetros do CONASP, o potencial de internações pelo conjunto dos serviços mostrou-se excessivo em Clínica Médica, Cirúrgica e Psiquiátrica, revelando-se insuficiente em Clínica Obstétrica.

7 - Os recursos dos serviços públicos e das Universidades, em conjunto, mostram-se suficientes para dar cobertura à população do Município na maioria das especialidades, a nível ambulatorial, porém insuficientes para a cobertura em assistência hospitalar.

8 - O estabelecimento de parâmetros de produtividade para todos os serviços torna-se necessário para o planejamento e avaliação da assistência em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência.

9 - A avaliação do desempenho dos serviços de saúde deverá ser feita, comparando-se a produtividade com o potencial de atendimento, calculado através dos parâmetros estabelecidos.

10 - A integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde de Campinas deve ser promovida, bem como o sistema de referência, para maior racionalização do sistema de saúde.

11 - A avaliação sistemática da eficácia do sistema de referência deverá ser promovida como um dos mecanismos de avaliação da qualidade da assistência prestada.

12 - A maior parte dos recursos financeiros do INAMPS são repassados para os serviços privados, principalmente para financiar a assistência a nível secundário e terciário, em detrimento da assistência primária.

13 - Volume significativo de gastos em assistência hospitalar e ambulatorial especializada patrocinado pelo INAMPS poderá ser revertido para a assistência primária, através dos mecanismos institucionais preconizados pelo Programa de Ações Integradas de Saúde.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AÇÕES Integradas de Saúde. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura/Governos Estaduais/Governos Municipais, 1984.
2. ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 14 (3): 229-235, 1980.
3. AUGÉ, C. & AUGÉ, P. Nouveau Petit Larousse Illustré-Dictionnaire Encyclopedique. Nouvelle ed. Paris, Librairie Larousse, 1956. p.866.
4. AZEVEDO, D. de. Grande dicionário Francês-Português. 4a. ed. Lisboa, Livraria Bertrand, 1952. v.1, 1229.
5. BUENO, F. da S. Grande dicionário etimológico - prosódico da língua portuguesa. São Paulo, Saraiva, 1967. v.7, p. 3421.
6. CASTELLANOS ROBAYO, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. Ofic. sanit. panamer., 82(6):478-492, 1977.
7. COLEGIADO INTER-INSTITUCIONAL. Pró-Assistência I: de liberações de reuniões de 27-10, 04-11 e 11-11-82. Campinas, 1982. (mimeografado)

8. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 1978. Relatório. Brasília, UNICEF, 1979.
9. CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO - CNPq. Ação programada de saúde e nutrição. Brasília, 1981.
10. DECRETO nº 8.884, de 7 de maio de 1982. D.O.E., S. Paulo, 8 maio 1982. p.4.
11. FERREIRA, A.B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1975.
12. JATENE, A.D. Extensão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.49-55.
13. KERTESZ, E.M. Prefácio. In: MELLO, C.G. de. O sistema de saúde em crise. 2a. ed. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
14. KWITKO, M. Modelos de serviços básicos e sua articulação com os serviços especializados. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p.101-103.

15. LEI nº 6.229 de 17 julho de 1975: dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6a., Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p.525-528.
16. LIMA, M. de A. e. Descentralização e regionalização das atividades de saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 1º, Brasília, 1980. Conferências. Brasília, Câmara dos Deputados. Centro de Informação e Coordenação de Publicações, 1980. p. 116-122.
17. MACEDO, C.G. de. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p. 19-29.
18. MELLO, C.G. de. O sistema de saúde em crise. 2a. ed. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
19. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Contribuição para discussão do tema: Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
20. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria SSM/MPAS nº 210, agosto de 1982. D.O. União, Brasília, 30 ago.1982. p.16.135 a 16.137.

21. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL Porta
ria SSM/MPAS nº 215, novembro, 1982. D. O. União,
Brasília, 22 nov.1982. p.21.781.
22. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Ra-
cionalização da assistência médica ambulatorial da
previdência social: manual de médicos próprios e
credenciados. Brasília, 1983.
23. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reo
rientação da assistência à saúde no âmbito da Previ
dência social. 2a.ed. Brasília, 1982.
24. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básica
cas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de
Serviços de Saúde. Normas e padrões de constru-
ções e instalações de serviços de saúde. Brasília,
DF, 1978.
25. MORAES, S. A implantação de um programa de saúde com
munitária. Saúde Deb., (7/8): 78-82, 1978.
26. NOTÍCIAS de la Comisión Médica Cristiana, reunión del
Comité Ejecutivo de la CMC, 6 y 7 febrero 1978, Gyne
nebra. Contact, (29): 17-18, 1978.
27. NOVO MICHAELIS: dicionário ilustrado: inglês - portuguê
guês. 21a. ed. São Paulo, Melhoramentos, 1977.
v.1, p.780.

28. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Extensão da cobertura dos serviços de saúde mediante o uso das estratégias de assistência primária e participação da comunidade. Washington, D.C., 1977. (Apresentado à IV Reunião Especial de Ministros da Saúde da América, Washington, 1977).
29. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Sistemas de Salud. Washington, D.C., 1972. (OPAS-Publ.cient., 234)
30. PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 001/78, de 26 de julho de 1978. D.O.União, Brasília, 31 jul.1978. p.11.922.
31. Programa de integração, hierarquização e regionalização dos serviços e instituições de saúde, na região de Campinas, São Paulo. Pró-assistência I: anteprojeto. Campinas, 1983. (mimeografado)
32. PROGRAMA nacional de Serviços Básicos de Saúde: Prev-saúde, 1981-1986. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, 1981.
33. RAMOS, R. Técnica de programação do setor público. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1974. (mimeografado - Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde - Trabalho docente, 51)

34. SERAVALLE, L. Diagnósticos mais freqüentes em Pediatria e eficiência dos serviços de saúde. Enferm. Novas Dimensões, 5(1):41-45, 1979.
35. THEOPHILO, F.V. Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 199, S.Paulo, 1977/CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 19, S.Paulo, 1977. Temas oficiais, documentos básicos. São Paulo, 1977. Tema III. p.29-50.
36. TINÔCO, A. da F. & CAMPOS, J.de A. Diagnóstico da situação de saúde de uma área programática local: esquemas conceitual e operacional do planejamento. In: ———. Planejamento e administração de saúde. Brasília, Senado Federal, 1984. p.79-121.
37. 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.105-108.
38. WEBSTER'S third new international dictionary of the english language, unabridged. Springfield, Massachusetts, G. & C. Merriam, 1964. p.1907.

A N E X O S

MODELO 1

HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO CONTRATADAS E CAPACIDADE OPERACIONAL

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

Serviço:

Instituição:

Endereço:

Campinas - 1984

MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		Nº CONSULTAS MÉDICAS		Nº ATENDIMENTO ODONT.		OBSERVAÇÕES
Nº DE HORAS/DIA	Nº DE HORAS/ANO	Nº DE HORAS/DIA	Nº DE HORAS/ANO	P/ DIA	P/ ANO	P/ DIA	P/ ANO	

FONTE:

MODELO 2

HORAS/MÉDICO CONTRATADAS, POR ESPECIALIDADE, E CAPACIDADE OPERACIONAL
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA

Serviço:
Instituição:
Endereço:

Campinas - 1984

HORAS/MÉDICO CONTRATADAS ESPECIALIDADES	Nº DE HORAS/DIA	Nº DE HORAS/ANO	Nº DE CONSULTAS		OBSERVAÇÕES
			P / DIA	P / ANO	

FONTE:

MODELO 3

NÚMERO DE LEITOS, POR ESPECIALIDADE, E CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA

Hospital:

Instituição:

Endereço:

Campinas - 1984

ESPECIALIDADES	Nº DE LEITOS	PARÂMETROS DE INTERNAÇÕES LEITO/ANO	CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES			OBSERVAÇÕES
			P / ANO	P / MÊS	P / DIA	
Clínica Médica		45				
Clínica Cirúrgica		50				
Clínica Obstétrica		80				
Clínica Psiquiátrica		08				

ANEXO 3

FONTE:

MODELO

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA - SETOR PÚBLICO E UNIVERSIDADES
HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO CONTRATADAS, Nº DE CONSULTÓRIOS E POTENCIAL DE ATENDIMENTO

Instituição:
Campinas, 1984

SERVIÇOS DE SAÚDE	H/MÉDICO		POTENCIAL DE ATENDIMENTO		H/ODONTÓL.		POTENCIAL DE ATENDIMENTO		Nº DE CONSULTÓRIOS		POTENCIAL DE ATENDIMENTO	
	DIA	ANO	Nº CONS. MÉD/DIA	Nº CONS. MÉD/ANO	DIA	ANO	Nº AT. ODONT./	Nº AT. ODONT./	MÉDICO	ODONT.	Nº DE CONS. MÉD/ANO	Nº AT. ODONT. ANO

MODELO

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA

Serviços:
 Instituição:
 Endereço:

Campinas, 1984

CLÍNICA BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	Nº DE H/MÉD E ODONT.		POTENCIAL DE ATENDIMENTO		Nº DE CONSUL- TÓRIOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO		OBSERVAÇÕES
	DIA	ANO	Nº CONS. MÉD. OU AT. ODONT. DIA	Nº CONS. MÉD. OU ODONT. ANO		Nº CONS. MÉD. OU AT. ODONT. DIA	Nº CONS. MÉD. OU ATEND. ODONT. ANO	
<u>Clínicas Básicas</u> Médica Pediatria Gineco-Obstetrícia Cirurgia Geral <u>Clínicas Especializa- das</u> Alergia Cardiologia Dermatologia Doenças Vasc. Perifé- ricas Endocrinologia Gastroenterologia								

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA

Serviços:

Instituição:

Endereço:

Campinas, 1984

CLÍNICA BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	Nº DE H/MED E ODONT.		POTENCIAL DE ATENDIMENTO		Nº DE CONSUL TÓRIOS	POTENCIAL DE ATENDIMENTO		OBSERVAÇÕES
	DIA	ANO	Nº CONS. MÉD. OU AT. ODONT. DIA	Nº CONS. MÉD. OU ODONT. ANO		Nº CONS. MÉD. OU AT. ODONT. DIA	Nº CONS. MÉD. OU ATEND. ODONT. ANO	
Clínicas Especializa das (continuação)								
Hematologia								
Medicina Física								
Nefrologia								
Nuerocirurgia								
Neurologia								
Oncologia .								
Oftalmologia								
Otorrinolaringologia								
Proctologia								
Psiquiatria								
Tisiopneumologia								
Reumatologia								
Traumato-Ortopedia								
Urologia								
Outras								

ANEXO 5 (continuação)

A-6

ANEXO 6

MODELO

MÉDICOS CREDENCIADOS PARA ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA - SETOR PRIVADO			
Instituição:			
Campinas, 1984			
CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIZADAS	Nº MÉDICOS E ODONTÓLOGOS	Nº CONS. MÉ DICAS ODONTOL./ANO	OBSERVAÇÕES
<u>Clínicas Básicas</u> Médica Pediatria Gineco-Obstetrícia Cirurgia Geral Odontologia			Parâmetro utilizado (CONASP): máximo de 1694 atendimentos ambulatoriais em consultórios / ano, por profissional médico ou odontólogo
<u>Clínicas Especializa das</u> Alergia Cardiologia Dermatologia Doenças Vasc.Periféri cas Endocrinologia Gastroenterologia Hematologia Medicina Física Nefrologia Neurocirurgia Neurologia Oftalmologia Oncologia Otorrinolaringologia Proctologia Psiquiatria Tisio-Pneumologia Reumatologia Traumato-Ortopedia Urologia Outras			Parâmetro utilizado (CONASP): máximo de 1694 atendimentos em ambulatoriais / a no por profissional Outras especialida- des: Cirurgia Infan til, Plástica, To rácica, de Mão, etc.

FONTE:

MODELO

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA

Hospital

Instituição

Endereço

Campinas, 1984

ESPECIALIDADES	Nº DE LEITOS		PARÂMETROS DE INTERNA ÇÕES LEITO / ANO			OBSERVAÇÕES
	EXISTENTES	CONTRATADOS		LEITOS EXISTENTES	LEITOS CON TRATADOS	
Clínica Médica			45			
Clínica Cirúrgica			50			
Clínica Obstétrica			80			
Clínica Psiquiátrica			08			

ANEXO 7

A-8

FONTE:

ANEXO À PORTARIA Nº MPAS-3.046/82

PARÂMETROS PARA PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL
A SEREM UTILIZADOS NO INAMPS

1 - Os parâmetros constantes deste anexo destinam-se a orientar as atividades de planejamento assistencial do INAMPS.

2 - Em consequência, são aplicáveis:

- aos estudos de programação assistencial desenvolvidos por ocasião da elaboração dos Orçamentos-Programa anuais;
- à análise das necessidades de expansão assistencial (criação de novos serviços próprios, convênios, contratos ou credenciamentos);
- à análise técnica de processos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

3 - Na programação anual de atividades assistenciais, em cada área, serão levados em conta, além dos parâmetros:

- a) as peculiaridades locais e regionais (nosologias características da área, acesso aos serviços, etc.);
- b) a limitação dos recursos humanos, físicos e financeiros efetivamente disponíveis.

4 - O controle e avaliação serão feitos através do acompanhamento da programação que for aprovada para a área pela Direção-Geral do INAMPS consideradas, onde couberem, as circunstâncias especiais referidas no item anterior.

5 - Na elaboração dos parâmetros foram considerados:

- a) os parâmetros internacionalmente recomendados para cobertura assistencial à população em geral nos países em desenvolvimento;
- b) o percentual médio de beneficiários da Previdência Social na população urbana;
- c) as incidências nacionais médias por especialidade observadas na Previdência nos últimos 5 anos;
- d) as necessidades de serviços complementares por especialidade, em área ambulatorial (com base em opiniões de especialistas e experiências nas Superintendências Regionais que efetuaram trabalho experimental de racionalização nesta área).

6 - Há dois tipos de parâmetros:

- a) de cobertura: destinados a estimar as necessidades de assistência da população beneficiária;
- b) de produtividade: destinados a estimar a capacidade ótima de produção de serviços dos

recursos assistenciais já existentes ou pro
postos.

6.1. - Na análise técnica de processos do FAS, serão consideradas em conjunto as populações beneficiárias urbana e rural.

7 - Parâmetros de cobertura assistencial a beneficiário do INAMPS.

Parâmetros Básicos

Consultas Médicas	2	por beneficiário/ano
Consultas Odontológicas	0,5	por beneficiário/ano
Serviços Complementares	1,4	por beneficiário/ano
Internações	0,1	por beneficiário/ano

7.1 - Consultas Médicas

Distribuição percentual por especialidades:

Urgência e Emergência	15,0%
Clínicas Básicas	65,0%
- Clínica Médica	34,5%
- Pediatria	15,5%
- Ginecologia	6,7%
- Obstetrícia	6,0%
- Cirurgia Geral	20,0%

Distribuição percentual por especialidades:

Clínicas Especializadas	20,0%
- Traumato-Ortopedia	2,9%
- Oftalmologia	2,8%
- Psiquiatria	2,2%
- Cardiologia	2,1%
- Otorrinolaringologia	1,9%
- Neurologia	1,2%
- Dermatologia	1,1%
- Tisiopneumologia	1,0%
- Urologia	0,9%
- Gastroenterologia	0,7%
- Medicina Física	0,6%
- Endocrinologia	0,4%
- Reumatologia	0,4%
- Doenças Vasc.Periféricas	0,3%
- Alergia	0,3%
- Proctologia	0,2%
- Oncologia	0,2%
- Nefrologia	0,1%
- Hematologia	0,1%
- Neurocirurgia	0,1%
- Outras	0,5%
Total	100,0%

Obs.: A análise das necessidades de consultas especializadas será feita a nível de Região Integrada de Saúde (Resolução nº CIPLAN/24/81) ou a nível estadual. As clíni

cas básicas e a urgência/emergência serão analisadas a nível de município.

7.2 - Serviços Complementares de Patologia Clínica e Radiologia

Distribuição dos serviços complementares por especialidade médica por 100 (cem) consultas na especialidade.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiologia (Exames)
Urgência/Emergência	25	5
Clínicas Básicas		
Cirurgia Geral	35	8
Clínica Médica	55	10
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergia	2	1
Cardiologia	25	5
Dermatologia	20	1
Doenças Vasc.Periféricas	30	5
Endocrinologia	35	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física	-	-
Nefrologia	50	9
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oncologia	70	15
Oftalmologia	15	1
Otorrinolaringologia	20	3

Especialidade	Patologia Clínica	Radiologia (Exames)
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Tisiopneumologia	25	20
Reumatologia	35	10
Traumato-Ortopedia	12	25
Urologia	50	15
Outras	20	5

Notas: 1) Os demais serviços complementares serão objeto de definição posterior.

2) O total de serviços complementares não deverá ultrapassar 70% do número de consultas, incluídos os serviços auxiliares de terapia.

7.3. - Internações

7.3.1.- Necessidades de internações por 1.000 beneficiário/ano, por especialidade

Clínica Médica	50 (inclusive pediatria)
Clínica Cirúrgica	18
Clínica Obstétrica	28
Clínica Psiquiátrica	4

7.3.2 - Necessidade de leitos por 1.000 beneficiários

Clínica Médica	1,11 leitos/1000 beneficiários
Clínica Cirúrgica.	0,36 leitos/1000 beneficiários
Clínica Obstétrica	0,35 leitos/1000 beneficiários
Clínica Psiquiátrica	0,50 leitos/1000 beneficiários

Obs.: 1 - Os valores acima são decorrentes do parâmetro básico de 0,1 internação por beneficiário/ano, distribuição percentual por especialidade e parâmetros de produtividade a diante definidos.

2 - A análise de necessidade de leitos especializados (Psiquiatria, Oncologia, etc.), será feita a nível de Região Integrada de Saúde (Resolução CIPLAN nº 24/81) ou a nível estadual. Os leitos básicos serão analisados a nível de município.

8 - Parâmetros de Produtividade

8.1 - Assistência Ambulatorial

8.1.1- Serviços Próprios e Conveniados

Número de consultas/médico/hora 04

Número de atendimentos/odontólogo/hora.. 03

8.1.2- Profissionais credenciados para atendimento ambulatorial em consultório

Esta modalidade destina-se a complementar a assistência prestada pelos serviços próprios e conveniados quando a capacidade destes for insuficiente para proporcionar a programação aprovada.

Conseqüentemente, o número de consultas en caminhadas a cada profissional irá variar de acordo com a

especialidade, a área geográfica e o número de profissionais credenciados.

Em qualquer caso, será obedecido como limite máximo o quantitativo de 1.694 encaminhamentos por ano (07 encaminhamentos por dia x 22 dias úteis x 11 meses úteis).

8.3 - Assistência Hospitalar

Clínica Médica	45 internações/leito/ano
Clínica Cirúrgica.	50 internações/leito/ano
Clínica Obstétrica	80 internações/leito/ano
Clínica Psiquiátrica	8 internações/leito/ano

Nota: Valores estimados com base em taxa de ocupação de 80% e as seguintes médias de permanência:

Clínica Médica	6,5 dias
Clínica Cirúrgica.	5,8 dias
Clínica Obstétrica	3,7 dias
Clínica Psiquiátrica	36,5 dias

HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO CONTRATADAS POR DIA E NÚMERO DE CONSULTÓRIOS NOS SERVIÇOS COM CARACTERÍSTICAS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA, POR INSTITUIÇÕES. CAMPINAS, 1.984.

SERVIÇOS DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES	HORAS CONTRATADAS/DIA		Nº DE CONSULTÓRIOS	
		MÉDICO	ODONTÓLOGO	MÉDICOS	ODONTÓLOGOS
Posto de Saúde Vila Costa e Silva	Secretaria Municipal de Saúde	16	3	4	1
Posto de Saúde Vila Rica	"	16	4	4	1
Posto de Saúde Boa Vista	"	12	8	1	2
Posto de Saúde Perseu L. Barros	"	12	8	1	1
Posto de Saúde Parque da Figueira	"	12	8	2	1
Posto de Saúde Joaquim Egídio	"	8	4	1	1
Posto de Saúde Jardim Conceição	"	16	4	2	1
Posto de Saúde Jardim Sta. Mônica	"	16	-	3	-
Posto de Saúde Vila Ipê	"	8	4	2	1
Posto de Saúde Parque São Quirino	"	12	8	2	1
Posto de Saúde Padre Anchieta	"	16	10	7	1
Posto de Saúde Jardim Yeda	"	12	8	1	1
Posto de Saúde Vila Orozimbo Maia	"	24	8	5	1
Posto de Saúde Paranapanema	"	8	-	2	-
Posto de Saúde Jardim Garcia	"	8	8	2	1
Posto de Saúde Bandeiras I	"	8	-	1	-
Posto de Saúde Bandeiras II	"	16	6	3	1
Posto de Saúde Parque Universitário	"	12	6	2	1
Posto de Saúde Jardim Aeroporto	"	16	-	2	-
Posto de Saúde Jardim Esmeraldina	"	12	6	2	1
Posto de Saúde Jardim São Vicente	"	8	8	2	1
Posto de Saúde SANASA	"	4	6	1	1

ANEXO 9 - (Continuação)

SERVIÇOS DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES	HORAS CONTRA TADAS/DIA		Nº DE CONSULTÓRIOS	
		MÉDICO	ODONTÓ LOGO	MÉDICOS	ODONTOLÓ GICOS
Posto de Saúde Campos Elísios	Secretaria Muni cipal de saúde	8	9	2	1
Posto de Saúde Vila Padre Ma noel da Nóbrega	"	8	-	2	-
Posto de Saúde Souza	"	8	8	2	1
Posto de Saúde Jardim Florence	"	8	8	2	1
Posto de Saúde Jardim Capivari	"	12	-	2	-
Posto de Saúde Vila 31 de Março	"	8	10	1	1
Posto de Saúde Real Parque	"	4	-	1	-
Posto de Saúde Jardim Betel	"	4	8	2	1
Posto de Saúde Jardim São Marcos	"	8	4	4	1
Mini-Posto V. Miguel V. Cury	"	-	4	-	1
Mini-Posto Jardim Maria Rosa	"	4	-	1	-
Posto de Saúde DIC-I	"	12	-	1	-
Ambulatório de Saúde Mental	"	24	-	7	-
Mini-Posto Jardim Santana	"	-	-	1	-
Posto Odontológico Inst. Hum berto Campos	"	-	4	-	1
Posto Odontológico Álvaro Ri beiro	"	-	4	-	1
Posto Odontológico do Jardim N. Europa	"	-	1	-	1
Posto Odontológico da Casa da Criança de Souza	"	-	3	-	1
Posto Odontológico da L.B.A.	"	-	8	-	1

ANEXO 9 - (Continuação)

SERVIÇOS DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES	HORAS CONTRA TADAS/DIA		Nº DE CONSULTÓRIOS	
		MÉDICO	ODONTÓ LOGO	MÉDICOS	ODONTÓLO GICOS
Posto Odontológico do Deti	Secretaria Muni cipal de Saúde	-	4	-	1
Centro de Saúde (CS) I	Secretaria do Estado da Saúde	68	8	12	1
CS II do Cambuí	"	16	4	2	1
CS II do Jardim Aurélia	"	8	4	2	1
CS II - Santa Odila	"	12	4	2	1
CS II - Barão Geraldo	"	4	4	1	1
Unidade Periférica de Beatriz Helena	"	4	4	2	1
Unidade Periférica de Vila Nova	"	4	4	1	1
Posto de Saúde Jd. Ipaussurama	PUCC	16	-	8	-
Posto de Saúde Vl. Castelo Branco	"	16	-	6	-
Posto de Saúde Jd. Campos Elísios	"	16	-	6	-
Posto de Saúde Jd. Novo Campos Elísios	"	16	-	5	-
Clínica Odontológica Comunitária do Jardim Campos Elísios	"	-	14	-	8

Fontes: - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - Setor de Estudos e Programas (Cadastro Médico) e Setor de Assistência Odontológica Comunitária (Relação Geral do Setor). Pesquisa "in loco" (nº de consultórios)

- Secretaria Estadual de Saúde - Distrito Sanitário de Campinas - Diretora do Grupo Técnico - Enfermeira do Centro de Saúde I
- Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Departamento de Medicina Preventiva e Social e Departamento de Odontologia Clínica (Chefia).

ANEXO 10

HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO CONTRATADAS POR DIA E NÚMERO DE CONSULTÓRIOS NOS POSTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO INAMPS E NOS AMBULATÓRIOS DA UNICAMP E PUCC. CAMPINAS; 1.984.

SERVIÇOS DE SAÚDE	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO/ DIA	HORAS ODONTÓ- LOGO/DIA	Nº DE CONSUL- TÓRIO/MÉDICOS	Nº CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS
Posto de Assistência Médica 1	264	60	32	5
Posto de Assistência Médica 1 - Extensão	164	-	18	-
Posto de Assistência Médica 2	128	-	11	-
Ambulatório - UNICAMP	3.638	60	117	13
Ambulatório - PUCC	388	-	64	-

Fonte: INAMPS - Ficha de Cadastro Ambulatorial

ANEXO 11 - HORAS/MÉDICO E ODONTÓLOGO CONTRATADAS POR DIA E
NÚMERO DE CONSULTÓRIOS NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
CONTRATADOS PELO INAMPS. CAMPINAS, 1.984.

SERVIÇOS DE SAÚDE	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO/DIA	HORAS/ODONTÓLOGO/DIA	Nº CONSULTÓRIOS MÉDICOS	Nº CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS
Clínica Raskim - Oftalmologia	20	-	Não consta	-
Clínica Carlos A.N.Stellfed - Otorrinolaringologia	4	-	1	-
Clínica Hermínio Ribeiro - Otorrinolaringologia	4	-	1	-
Centro de Informações de Investigação Hematológica Dr.Domingos Boldrini	40	-	7	-
CLINICAMP - Serviços Médicos e Psiquiátricos	64	-	9	-
Unidade Psiquiátrica de Campinas	29	-	2	-
Ambulatório do SESI - Clínica Médica	16	-	3	-
Ambulatório do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas e Massagistas dos Hospitais e Casas de Saúde	-	12	-	1
Ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Dest. e Refinaria de Petróleo de Campinas e Paulínia	-	8	-	1
Ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas e Materiais Elétricos de Campinas e Outras - Clínicas Básicas	20	2	52	10
Ambulatório do Sindicato dos Condutores de Veículos Rodoviários e Anexos de Campinas - Clínicas Básicas	8	2	16	2
Ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Campinas	-	36	-	1
Ambulatório do Sindicato dos Empregados do Comércio de Campinas	-	8	-	1
Ambulatório do Sindicato Rural de Campinas - Clínicas Básicas	4	4	1	1
Ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Campinas, Valinhos e Sumaré	-	8	-	4
Ambulatório do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários	-	12	-	3

ANEXO 11 - (Continuação)

SERVIÇOS DE SAÚDE	RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
	HORAS/MÉDICO/DIA	HORAS/ODONTÓLOGO/DIA	Nº CONSULTÓRIOS MÉDICOS	Nº CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS
MEDICAMP - Unidade I - Clínicas Básicas e Especializadas	102	-	8	-
MEDICAMP - Unidade II - Clínica Raschim - Oftalmologia	50	-	Não consta	-
MEDICAMP - Unidade III - Clínicas Especializadas	25	-	6	-
MEDICAMP - Unidade IV - Clínicas Básicas	18	-	5	-
MEDICAMP - Unidade V - Clínicas Básicas	45	-	1	-
MEDICAMP - Unidade VI - Clínicas Básicas	26	-	1	-
MEDICAMP - Clínica Odontológica	-	19	-	11
SAMCIL I - Clínicas Básicas	8	-	3	-
SAMCIL II - Clínicas Básicas	11	-	3	-
SAMCIL III - Clínicas Básicas	18	-	4	-
SAMCIL IV - Clínicas Especializadas	20	-	Não consta	-
SAMIS - Clínicas Básicas e Especializadas	26	-	Não consta	-
CAMPICLINICAS S/C Ltda. - Clínicas Básicas e Especializadas	98	-	11	-
Pronto Socorro de Fraturas de Campinas - Atendimento Ambulatorial de Urgência	Não consta	-	Não consta	-
Hospital Municipal Dr. Mario Gatti - Atendimento Ambulatorial de Urgência	52	-	6	-
Hospital Beneficência Portuguesa - Atendimento Ambulatorial de Urgência	60	-	7	-
Hospital Irmãos Penteado - Atendimento Ambulatorial de Urgência	484	-	8	-
Hospital Santa Tereza - Clínica Piero - Atendimento Ambulatorial de Urgência	159	4	14	1
Hospital e Maternidade Santo Antonio - Atendimento Ambulatorial de Urgência	237	9	6	1
Hospital Clínica Infantil de Campinas - Atendimento Ambulatorial de Urgência	226	-	7	1
Hospital Álvaro Ribeiro - Atendimento Ambulatorial de Urgência	99	-	5	-
Hospital Coração de Jesus - Atendimento Ambulatorial de Urgência	77	-	2	-

Fonte: INAMPS - Ficha de Cadastro Ambulatorial - 1.984.

ANEXO 12

QUADRO 5

GASTOS DO INAMPS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA, POR MODALIDADES DE SERVIÇOS. CAMPINAS, 1.984.

MODALIDADES DE SERVIÇOS	GASTOS EM Cr\$		%
	SUB-TOTAL	TOTAL	
PRÓPRIOS DO INAMPS			
Assistência Ambulatorial	252.176.758		
Acidentes do trabalho	122.573.890	374.750.648	1,25
CONVÊNIOS			
Governamentais - A.I.S.	130.437.969	130.437.969	0,43
Universitários			
UNICAMP	2.008.550.106		
FUCC	2.596.471.892	4.605.021.998	15,35
Sindicatos			
Urbanos	177.601.992		
Rural	39.840.000	217.441.992	0,72
Empresas			
Assistências Ambulatorial e Hospitalar	213.313.372		
Acidentes do trabalho	756.727.351	970.040.723	3,23
CONTRATADOS			
Assistência Ambulatorial	12.549.566.403		
Acidentes do trabalho	618.604.377		
*Assistência hospitalar	10.159.943.996	23.328.114.776	77,77
CREDENCIADOS	374.326.659	374.326.659	1,25
TOTAL GERAL	30.000.134.765	30.000.134.765	100,00

Fonte: INAMPS - Secretaria Regional de Planejamento - Coordenadoria Regional de Orçamento-Programa. Demonstrativo Orçamentário Local - DOL/ DATAPREV - 36º decênio - 1.984.

*Fonte: INAMPS - Secretaria Regional de Administração. Departamento Regional de Finanças. Divisão Contábil - Relatório de Crédito Bancário a Hospitais, Profissionais e SADT/DATAPREV. 1.984.