MARIA DE LOURDES RODRIGUES

"CONHECIMENTO DO TEMPO MÉDIO EXISTENTE DESDE
O PRIMEIRO COMPARECIMENTO DAS GESTANTES PARA
INSCRIÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE ATÉ A PRIMEIRA
CONSULTA MÉDICA"

Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Ernestine Maurer Bastian

SÃO PAULO

1979

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O valor qualquer, mínimo seja, deste trabalho,
dedico-o a:

- minha mãe,

- minha irmã Ruth e sua família,

- meu irmão Rodrigues,

pelo amor e pelo apoio incondicional que me
testemunharam nas horas difíceis e pela ajuda
inestimável que me deram.

Ao Dr. Reinaldo Ramos,
meu reconhecimento pelos longos
anos de amizade, apoio e com
preensão.

AGRADECIMENTOS

A Ernestine Maurer Bastian, Professor Assistente Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP pela dignidade e respeito com que nos orientou neste trabalho e pelo estímulo que sempre nos transmitiu.

A Nilce Piva Adami, Professor Assistente Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, de quem, além da amizade, recebemos sempre orientação e apoio, incentivo e ajuda, sem reservas.

A Judith Costa, Professor Assistente Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da USP, pela amizade, compreensão e carinho que nos demonstrou em todas as oportunidades.

Ao Professor José Gabriel Borba, Professor Adjunto do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, por sua compreensão e bondade e pelo encorajamento com que nos transmitiu a segurança imprescindível para a elaboração deste trabalho.

Ao Professor Pedro Augusto Marcondes de Almeida, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela orientação prestimosa, pela amizade e pela compreensão extrema que sempre nos manifestou.

Ao Professor Evaristo Manoel Pereira, pela competência, dedicação e amizade que demonstrou na orientação do aspecto estatístico deste estudo.

Ao Doutor José Souza de Moraes, Diretor do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da

Saúde de São Paulo, pela boa vontade com que nos franqueou o campo de trabalho e pela valiosíssima ajuda em superar as dificuldades administrativas.

Às Enfermeiras do Serviço de Enfermagem da Coordenadoria de Saúde da Comunidade - SES-SP, pela preciosa ajuda que nos prestaram.

Aos funcionários do Centro de Informações para a Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; do Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo; e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelas facilidades proporcionadas na coleta de dados.

A Maria Zuleide Cavalcante, por sua amizade e sua extrema boa vontade, compreensão e esmero nos trabalhos de datilografia.

A Gentila Malta Mendonça Batista, amiga incansável, cujo auxílio desmedido não poderemos reconhecer bastante.

E mais: a todos aqueles cujos nomes aqui não figuram, mas cuja colaboração fez este trabalho possível.

S U M Á R I O

pág.

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

SIGLAS MENCIONADAS

RESUMO

SUMMARY

I	- INTRODUÇÃO.....	1
II	- DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	17
III	- OBJETIVOS.....	22
IV	- HIPÓTESE.....	26
V	- VARIÁVEIS.....	28
	1. Variáveis: seleção e definição operacional...	29
VI	- MATERIAL E MÉTODO.....	34
	1. População.....	35
	2. Amostra.....	42
	3. Procedimento.....	60
VII	- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
	1. Variável dependente.....	77
	2. Variáveis independentes.....	93
	3. Teste de associação das variáveis.....	95
VIII	- CONCLUSÕES.....	180
IX	- RECOMENDAÇÕES.....	183
X	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185

ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

pág.

FIGURAS:

- 1 - Resultados da gestação segundo Grau de Risco Gra
vídico - Avaliado pelos Índices MCHC..... 11
- 2 - Gráfico de associação do tempo de espera com alguma
mas variáveis independentes, segundo as Regionais... 151
- 3 - Gráfico de associação do tempo de espera de ges
tantes inscritas...e algumas variáveis independent
es, segundo o tipo de centro de saúde..... 152

QUADROS:

- 1 - Relação dos centros de saúde sorteados para constit
tuírem a amostra, segundo o tipo: Tipo I..... 55
- 2 - Relação... Tipo II..... 56
- 3 - Relação... Tipo III..... 57
- 4 - Relação... Tipo IV..... 58
- 5 - Relação... Tipo V..... 59
- 6 - Configuração do tempo de espera para a primeira
e consulta médica de algumas gestantes da amostra, se
6a gundo a Regional, o número de centro de saúde e o
intervalo paramétrico.....86-88

	pág.
7 - Dados básicos para cálculo da cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro, nas unidades sanitárias, segundo a Regional.....	119
10	a
122	
11 - Percentual de cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro, nas unidades sanitárias, segundo a Regional.....	123
14	a
126	
15 - Disponibilidade do I.N. responsável pela C.M. e A.E. realizados nos centros de saúde, segundo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa.....	133
18	a
136	
19 - Comparação do tempo de espera com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, o rendimento instrumental, o grau de utilização do instrumento e a média da idade gestacional ao tempo da inscrição.....	107
27	a
115	
28 - Número de consultas médicas e de atendimento de enfermagem realizados nos meses de janeiro a setembro, nas unidades sanitárias, segundo a Regional e o tipo de centro de saúde.....	160
31	a
163	
32 - Dados básicos para cálculo do R.I. de hora/médico, segundo o tipo de centro de saúde e número do mesmo na pesquisa.....	166
35	a
169	
36 - Média da idade gestacional das gestantes inscritas nos centros de saúde, no período de janeiro a setembro, segundo a Regional, o tipo de centro de saúde e a numeração deste na pesquisa.....	172
37. Grau de alcance das metas programadas para consulta médica das gestantes nos centros de saúde, segundo as Regionais.....	165

TABELAS:

1 - Relação entre atendimento pré-natal e mortalidade perinatal.....	13
2 - Distribuição dos centros de saúde, segundo os tipos, por Regionais e por Distritos Sanitários.	44
3 - Gestantes matriculadas, segundo o tipo de centro de saúde e a Regional.....	45
4 - Centros de Saúde e gestantes que participaram da amostra, segundo o tipo e a Regional.....	47
5 - Tempo de espera para a primeira consulta médica, segundo o trimestre da gestação, a Regional e o tipo de centro de saúde.....	80
8	a
	85
9 - Número de gestantes inscritas por idade de gestação, nos meses de janeiro a setembro, nas unidades sanitárias, segundo a Regional e o tipo de centro de saúde.....	142
12	a
	145
13 - Processo de inscrição das gestantes nos centros de saúde, segundo a classificação do CS e número do mesmo na pesquisa.....	154
16	a
	157
17 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e as regiões dos centros de saúde.....	101
18 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e as regiões dos centros de saúde...	102
19 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e o tipo de centro de saúde.....	104
20 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e o tipo de centro de saúde.....	105

21 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a cobertura.....	127
22 - Gestante segundo a mediana do tempo de espera e a cobertura.....	128
23 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a presença do instrumento nuclear.....	138
24 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera e a presença do instrumento nuclear.....	139
25 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a idade da gestação.....	147
26 - Gestante segundo a mediana do tempo de espera da consulta e a idade da gestação.....	148

SIGLAS MENCIONADAS

CIAM - Centro de Integração de Atividades Médicas

CIS - Centro de Informações da Saúde

CM - Consulta Médica

CS - Centro de Saúde

CSC - Coordenadoria de Saúde da Comunidade

DRS,¹ - Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo

IN - Instrumento Nuclear

MCHC - Maternal Child Health Care

MS - Ministério de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação)

SEPLAN - Secretaria de Economia e Planejamento

SES - Secretaria de Estado da Saúde

WHO - World Health Organization

R E S U M O

O autor se propõe a medir o tempo que decorre entre a inscrição e a primeira consulta médica de gestantes que procuram os centros de saúde para assistência pré-natal. O propósito do estudo é dar subsídios para a identificação de instrumentos de medida da qualidade da assistência prestada a gestantes por instituições de saúde pública. Para tanto, foram desenvolvidas algumas ações básicas.

Considerando a medida desse tempo, um evento sem significação quando estudado isoladamente, o autor se propôs testar a hipótese de haver alguma correlação entre aquele tempo e outros eventos administrativos.

O autor fez as seguintes verificações:

- o tempo de espera apresenta algumas variações, segundo a região onde se localizam os centros de saúde, sendo maior em duas das focalizadas;
- segundo a classificação dos centros de saúde: a variação é significativamente maior nos centros de saúde de tipo mais complexo, isto é, no tipo I, onde o atendimento é igualmente intensificado;
- segundo a cobertura: foi verificado que o tempo de espera tende a crescer nas áreas onde a cobertura é maior.

Quanto à idade da gestação não houve variação sob essa rubrica.

O autor concluiu que a medida de tempo de espera para a primeira consulta médica de gestantes em centros de saúde pode indicar um problema de atendimento quando sua grandeza, ultrapassando o período considerado parâmetro de normalidade - 0 à 7 dias - estaria ligado a: cobertura aquém da meta esperada, demanda excessiva, deficiência quantitativa e/ou qualitativa da hora/instrumento responsável pela consulta e, especialmente, quando a demora se relacionasse também com inscrições feitas a partir do segundo trimestre da gestação.

S U M M A R Y

The author's purpose is to measure the time lag between the registration on the clinic and the prenatal first visit by the pregnant woman.

The study's purpose is to provide subsidies for the identification of quality standards in relation to the care provided to the future mothers by the public health institutions.

For this purpose some basic steps were developed.

Considering this time lag as non significant by itself, the author's purpose is to show the correlation between it and other administrative events, as well.

The author made the following verifications:

- the waiting time according to the region on where the centers are located is greater, as it happened in two of the observed Regions;
- in relation to the classification of the health center, the variation is significant: the lag is larger in the more complex type of health centers where the assistance is intensified;
- according to the coverage it was verified that the waiting time increases in the areas where the coverage is larger;
- as related to the age of pregnancy, there was no variation on waiting time.

Considering the time lag by itself the conclusion is that the too small intervals observed are not significant because of its correlation with a too small coverage score observed all over the health centers.

The author concludes that the waiting time for the pregnant woman first visit to prenatal clinic can indicate a problem at assistance when it is longer than the standard time lag - 0 to 7 days; when it is connected to a coverage too much behind or too much beyond objective expectations; an excessive demand; a quantitative or qualitative deficiency in instrument productivity and, specially, when the delay was related also to the registrations starting at the second trimester of pregnancy.

1 - INTRODUÇÃO

Segundo o Comitê de Peritos da WHO ⁶⁷ "mais da meta de das mulheres grávidas do mundo não recebem supervisão especializada no período prē-natal nem assistência igualmente especializada durante o parto" mesmo em se considerando, quanto a isto, as circunstâncias diferenciadas dos países desenvolvidos onde os indicadores de saúde evidenciam uma situação privilegiada com índices baixos de morbidade e mortalidade materna e infantil.

No entanto, apesar da diversidade desses níveis, há um interesse geral, demonstrado por todas as nações, no sentido de se melhorarem, cada vez mais, as condições de vida dos indivíduos desse grupo, pois, até nos países adiantados, apesar da riqueza, ainda existem bolsões de pobreza e de subdesenvolvimento. A propósito, a pergunta lançada por Lesser no seu artigo Progress in maternal and child Health ³⁸ "Porque existem 12 países em que a taxa de mortalidade infantil é mais baixa que nos EEUU?", é uma evidência desse interesse.

O autor, no entanto, ressalta a importância secundária da pergunta e salienta o peso maior do fator disparidade ponderável nas taxas de mortalidade infantil em diferentes níveis da comunidade, dentro do próprio território americano. Segundo aponta Lesser ³⁸ a taxa de mortalidade infantil é um meio de identificar certas iniquidades numa sociedade democrática e pelo que nos interessa, evidencia, pelo menos, a iniquidade da agressão ao direito de todo ser humano à vida, à saúde e, portanto, aos mesmos meios de preservá-la. Quando o direito de cada gestante e seu filho a um bom cuidado à saúde, proclamado e aceito pelas nações do mundo, se tornar uma realidade, certamente cairão as taxas de morbi-letalidade indicadoras do desnível.

Entretanto, diante da problemática relacionada ao grupo materno-infantil, considerando-se não somente os agravos a que está sujeito mas, também, aqueles que, por isso, agriDEM cada nação como um todo, tem havido um interesse especial na

adoção de medidas que possam diminuir os riscos de adoecerem e de morrerem as mães e as crianças.

Essas medidas estão sintetizadas em programas de ação preconizadas a partir do nível internacional. A OMS, pois, re definindo as prioridades de um dos seus objetos, determinou co mo objetivos específicos da Saúde Materno Infantil ⁶⁹

- redução da mortalidade e morbidade maternas, perinatais, infantis e da criança;
- promoção da saúde da reprodução e do desenvolvimento físico e psicossocial da criança e do adolescente, no ambiente familiar;

Esses objetivos, de acordo com os peritos da OMS ⁶⁹ e *Ciari* ¹⁶ relacionam-se não só com uma gestação isolada e seu produto imediato, mas abrangem todo o período de vida dos indivíduos e referem-se também à saúde da comunidade.

As novas tendências que apresentam os serviços de saúde, no enfoque da assistência materno-infantil, são de conhecimento obrigatório de todos os que, de alguma forma, se relacionam com essa assistência.

Com este enfoque a OMS detalha os aspectos da assistência sanitária prestada ao grupo numa sequência que acompanha a ordem dos eventos vitais: gestação, idade neo-natal, período infantil e pré-escolar, a escolar e adolescência, regulação da fertilidade e criação de filhos.

No plano americano o Informe final da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas ⁵⁷ faz referências sobre a precariedade da assistência materno infantil, qualificada de "limitada, descontínua e, comumente, de eficiência restrita: a cobertura das gestantes é geralmente inferior a 30%, a assistência institucional ao parto, em quase metade dos países, é inferior a 50% e a assistência ao puerpério, geralmente, não chega a 5%".

Essa assistência diz respeito a 63% da população to

tal da América Latina representada pelas mulheres em idade fértil - por sua vez, 20 a 22% desta cifra - e às crianças menores de 15 anos. Este volume tende a crescer com a explosão demográfica, esperando-se para 1980, uma duplicação da quantidade de mulheres grávidas ⁴³.

A toxemia, a hemorragia e as infecções - todas passíveis de correção com uma boa assistência à saúde são apontadas, na América Latina, como as principais causas de mortalidade materna, com taxas que atingem ainda altas cifras, como a de 33,7 em Cali (Colômbia) e de 40,9 em Santiago (Chile), por 100.000 habitantes ³.

Nos óbitos perinatais e neonatais são de destaque os nascidos com baixo peso, não só pela proporção que representam nas causas de óbitos mas, principalmente, por serem fenômenos reversíveis pela assistência correta no pré-natal. Esses óbitos são uma porcentagem significativa da mortalidade infantil considerada ainda alta, na ordem de 108,68%, em comparação com países mais adiantados; diz-se que na América Latina há um "excesso" de 2/3 de mortes na infância se se considerar que, das 948.000 crianças que morrem anualmente, não morreriam 828.000 se as taxas de mortalidade infantil fossem iguais às aquelas hoje existentes em países altamente desenvolvidos, como a Finlândia e a Suécia ³.

Para atender a esta problemática a prestação de assistência médica na América Latina está geralmente mal caracterizada, com deficiente visão global da problemática de saúde, com a multiplicidade e descoordenação inter e intra setoriais nas instituições públicas e privadas, com a duplicidade de serviços, coberturas desiguais, desperdício e encarecimento dos benefícios. Isso é agravado e, até condicionado pela descrença na racionalidade das medidas de planejamento e pela inadequação do enfoque político. Acrescenta-se a isso a desarticulação e a inadequação na formação de recursos humanos para a saúde em relação ao mercado de trabalho, o conhecimento insuficiente da tecnologia apropriada e a deficiência dos procedimen

tos administrativos.

Essa problemática, cuja explicação se atribui aos fatores sócio econômicos adversos, à qualidade e quantidade de atenção prestada ao grupo, considerada usualmente tardia, descontínua, parcial e limitada, leva à conclusão de que os sistemas de saúde são ineficientes, de baixa qualidade e pouco efetivos ⁶⁹ .

A nível nacional todo um programa com referência às mães e crianças foi descortinado na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1977, "o Programa de Saúde Ma⁶⁹terno Infantil" .

Como justificativas básicas para a elaboração do mesmo, foram apresentados, além do grande volume de indivíduos que integram o grupo materno infantil, - nada menos de 70,98% da população brasileira - a grande vulnerabilidade a que está exposta esta parcela de indivíduos, sujeita aos agravos cujas características são praticamente as mesmas consideradas para a América Latina, a saber:

- "elevadas taxas de morbidade e mortalidades;
- elevada proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos em crianças de 1 a 4 anos;
- predominância de óbitos por causas evitáveis;
- precária assistência hospitalar, para-hospitalar e médico-sanitária;
- recursos humanos insuficientes, deficientemente formados, desproporcionalmente distribuídos" ⁶⁹ .

Estas características advêm da mesma espécie de fatores condicionantes que se poderiam invocar para as áreas Centro e Sul Americanas, nomeando-se os de natureza político-econômica, cultural e aqueles ligados às organizações prestadoras de serviços, entre outras:

- pluralidade de instituições;

- desarticulação das instituições entre si e com os órgãos formadores de recursos;
- ausência de programas de serviço e baixa produtividade.

A maior atenção voltada para a assistência materno-infantil compensa, a curto, médio e longo prazo, se se levar em conta que, alguns dos problemas existentes no setor podem ser imediatamente evitados por uma atenção adequada em pontos no dais, deixando, portanto, de onerar a nação com uma assistên cia mais cara em outro nível ou mesmo com a morte. Evitar-se-á o que acontece às vezes, segundo *Osuna**, que a medida visan do a saúde chega demasiadamente tarde, representando um fracas so das pessoas em conservá-la.

No âmbito do Estado embora as possibilidades de canalização de recursos para a assistência materno-infantil sejam teoricamente maiores e, embora haja evidente atenção prestada ao reajustamento do setor saúde, pode-se dizer que a situação básica em relação à prestação de assistência materno-infantil não é muito melhor. A reorganização dos serviços e a atualiza ção da tecnologia ainda estão em tempo de implantação, sujei tas, portanto, aos problemas característicos dessa fase.

A problemática de saúde no Estado de São Paulo quanto ao grupo materno-infantil, é bem a mesma referida para a Nação. O contingente de indivíduos, no grupo, mantém-se em torno de 60 a 65% da população do Estado⁴². Os fatores sócio-econômicos responsáveis pelos agravos a estes indivíduos, embora não exis tam, sobre eles, estimativas precisas, no Estado, estão indubi tavelmente presentes, haja vista a notável identidade da natu reza dos problemas identificados por diversos pesquisadores. *Yunes*⁶⁸ cita uma mortalidade infantil em 1970 no Município de São Paulo da ordem de 74,8 óbitos para mil nascidos vivos, sen

* *Osuna, L.J.* - La Repronducción y el desperdício de recursos humanos. Rev.int.Educ.salud., 13(1):13-9, 1975.

do 46% destes no período neonatal; a maioria dos nascimentos (51,94%) ocorre nos domicílios; dos óbitos verificados em São Paulo 46% são teoricamente evitáveis.

*Laurenti et al.*³⁵ no seu levantamento de 68/69 sobre o óbito infantil ocorrido na cidade de São Paulo, verifica que da taxa de mortalidade infantil 69,0 por 1.000 nascidos vivos 34,8 eram atribuídos à mortalidade neonatal, correspondendo a 50,4 da mortalidade infantil, sendo considerada pela "Investigação de mortalidade na infância" alta em relação a outras áreas em que se verificou o estudo; São Paulo, colocou-se em 10º lugar em relação à mortalidade infantil e em 4º, com referência à mortalidade neonatal.

Em 24% dos casos, as mães não receberam cuidados pré-natais e cerca de 40% receberam 4 ou mais consultas pré-natais. Outros aspectos esclarecedores do estudo de *Laurenti* deixam de ser abordados aqui por não se relacionarem diretamente com os objetivos deste trabalho.

Também, é de salientar o problema da desnutrição infantil associada à má nutrição materna⁴² o que fala em favor da influência da qualidade da assistência à gestante na saúde do feto.

Segundo *Moneti*⁴² apenas 5% das Unidades Sanitárias estaduais possuíam em 1972 serviços de Higiene Pré-Natal e, nestas, apenas 2/3 dos médicos responsáveis pela atenção pré-natal era capacitado para tal. Além disso, salienta a evidente dispersão de recursos tendo em conta a multiplicidade de serviços sem a devida coordenação, repetindo-se aqui a situação anteriormente focalizada em nível nacional e continental.

*Moneti*⁴² fala da dificuldade de se localizarem todas as organizações assistenciais existentes em São Paulo na área materno-infantil e mais comumente ainda, conhecer seus programas de trabalho e sua produtividade.

Nessa digressão que acabamos de fazer em todos os

níveis assistenciais relacionados à problemática de saúde materna e da infância, nosso intuito foi o de salientar algumas características que nos pareceram comuns a todas as áreas geográficas - continente, território nacional, estadual e municipal - onde as populações podem ser consideradas em desenvolvimento.

O fator sobre o qual desejamos focalizar maior atenção é a correlação constante, salientada por todos os autores consultados, entre os problemas de saúde materno-infantis, especialmente aqueles reversíveis segundo técnicas conhecidas, atuais e acessíveis e os cuidados pré-natais.

Posto isto, vejamos algumas considerações sobre a prestação da assistência visando a redução da problemática discutida.

Os pontos básicos a serem pesados nessa assistência são a nota comum encontrada em vários documentos pertinentes: dos Comitês Especializados da OMS⁶⁷ e da OPAS⁴⁸, da IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas⁵⁷, da V Conferência Nacional de Saúde⁶⁹ e de outros^{3,24,40}, com ênfase nos seguintes aspectos:

- integração intra e intersetorial dos planos de saúde;
- adaptação racional dos modelos de assistência;
- uso racional dos recursos;
- extensão de cobertura para que seja: universal, accessível e contínua de acordo com a política sôcio-econômica e cultural do país;
- atenção primária e participação da comunidade.

A proposição inclui também a adoção de uma estratégia especial para os países subdesenvolvidos, desaconselhando-se o uso indiscriminado de métodos e técnicas relativamente sofisticados, adotados, propriamente, em países desenvolvidos.

As tendências que apresentam os programas de assistência materno-infantil preconizados pelos diversos organismos internacionais e nacionais, envolvem todos os grupos, começando pela gestante, estendendo-se pelo recém-nascido, infante, escolar, adolescente, até fechar o círculo com a mãe de família e a comunidade.

O conteúdo desses programas prevê um cuidado compreensivo para atender a todas as necessidades (obedecendo-se à tendência apontada) a começar pela atenção primária ao aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção das infecções, incremento do estado nutricional, desenvolvimento de atitudes positivas da adolescência frente à gravidez, paternidade responsável e sensata, e envolvimento da comunidade no atendimento de suas próprias necessidades.

As considerações desses programas salientam a importância do equilíbrio entre necessidades, demanda e disponibilidade de serviços para adequar as medidas de ajustamento que se fizerem indicadas, de conformidade com a área de desequilíbrio identificada:

- reforço de serviços;
- processos educativos especiais;
- ajustamento de oferta.

Há uma constante, também, na ênfase quanto à necessidade de se proceder previamente a um levantamento cuidadoso da situação existente, a fim de que se possa fazer uma avaliação judiciosa dos problemas encontrados e estabelecer uma escala de prioridades do atendimento a ser dispensado a cada um deles. O procedimento é imprescindível se se quiser compatibilizar as necessidades volumosas e os recursos, nem sempre paralelamente bem proporcionados, a fim de se evitarem a dispersão dos esforços e a improdutividade.

Esta necessidade é focalizada por um grande número de autores^{8,9,14,16,21,22,46,48,51,53,58}, especialistas no assunto, aconselhando a elaboração de escalas de prioridades no a

tendimento de gestante; falam também da necessidade da exp
são de estudos^{53,58,65} com a finalidade de racionalizar a des
tinação da assistência e dos recursos ao grupo mais atingido.

De modo geral, o impacto dos insucessos letais e sub
letais da gravidez, traduzidos em ôbitos maternos e fetais e
nas incapacitações, tornou-se tão insustentável que já se pro
moveram inúmeros estudos no sentido de descobrirem-se métodos
e técnicas que possibilitem ou facilitem a identificação, a de
limitação e o tratamento do problema.

Nesbitt⁴⁶ estudou os insucessos da gravidez patolôgi
ca e, desse estudo, apresentamos a Figura nº 1 do nosso trabalho
visando ilustrar a idéia da grandeza dos eventos que se
podem esperar pela ausência ou mau controle da gravidez.

A escala de prioridades retro referida baseia-se na
identificação e seleção da porção de gestantes (30,%)⁴⁶ que é
tida como responsável pela percentagem de maus resultados da
gravidez^{4,14,33,36,58,65,66} ou porque as vitimas não recebem
cuidados, perdendo-se na multidão das gestantes que não são
atingidas pela cobertura, ou porque os recebem tardia e/ou i
nadequadamente. Tokuhata⁶⁵ diz que, o pré-natal, no conceito
estereotipado com que é feito não é compreendido pelos profis
sionais da saúde e muito menos pelas clientes.

Perkin⁵¹ lembra a limitação que podem trazer as esca
las de prioridades e aconselha a reavaliação das gestantes pe
riodicamente.

Entretanto, para possibilitar a seleção do grupo mais
carente de assistência, muitos autores emitem conceitos de ris
co gravídico, de alto risco e de suas classificações^{8,13,14,15,}
31,53,58,66 e propõem estratégias para o seu controle como a
do Comitê de Especialistas da OPAS⁶⁷, que recomenda: distri
buição mais racional e flexível de recursos de acordo com o
nível do risco, de modo a proporcionar-se algum cuidado para
todos e cuidados especiais para o alto risco; para isto recome
nda o levantamento e gradação do risco, da sua prevalência

FIGURA 1-Resultados da gestação segundo Grau de Risco Gravídico - Avaliado pelos Índices MCHC.

100% = Incidência média para o grupo total em cada categoria.

FONTE: Referência bibliográfica nº 46.

na comunidade, da possibilidade de ser controlado e da sua percepção pela comunidade.

Segundo a OMS⁶⁷ há uma universalidade na apresentação dos fatores de risco sobre os quais deve ser fundamentada a estratégia proposta, o que pode facilitar a prática da sua identificação.

Desde que o alto risco seja identificado, localizando-se geograficamente sua maior incidência, (se possível), para delimitá-lo, as gestantes poderão receber a assistência preconizada, obedecendo-se para isto às tendências atuais, entre outras a de se adotarem medidas de caráter local.

Laurenti^{35,36}, Ciari¹⁴ e Tokuhata⁶⁵, fazem referências sobre a porcentagem de óbitos perinatais que podem ser evitados se as gestantes submeterem-se a um adequado controle pré-natal. Tokuhata⁶⁵ recomenda que a qualidade deve ser mais encarecida que a quantidade e numa extensa exposição estatística, relata os resultados do seu estudo sobre a patologia gravídica relacionada à prematuridade, acidentes do parto, anomalias congênitas e complicações da gravidez, mostrando como sendo as menos associadas as complicações do parto. Conclui com a notável observação da associação de inscrições de gestantes patológicas no 2º trimestre da gestação com anomalias congênitas, especialmente dos órgãos respiratórios e cardiovasculares.

De Wallace⁶⁶ apresentamos a Tabela que figura como a de nº 1 neste trabalho, em que esse autor mostra a relação entre óbitos perinatais e a quantidade de consultas no pré-natal.

Em São Paulo e Santa Catarina alguns estudos procuram indicar esse relacionamento^{14,17,18,19,29,35,36,60,64,68} sem contudo chegarem à comprovação estatística de cada relacionamento, como Tokuhata⁶⁵.

Segundo os estudiosos da saúde materno-infantil sali-

TABELA 1-Relação entre atendimento Pré-natal e Mortalidade perinatal.

NÚMERO DE CONSULTAS	TOTAL DE PACIENTES		MORTALIDADE PERINATAL	
	Nº	%	Nº	%
0	151	0,5	25	16,6
1 - 3	1,146	4,1	93	8,1
4 - 7	3,886	13,9	139	3,6
8 ou mais	9,670	34,5	126	1,3
Em outros locais	242	0,9	15	6,2
Desconhecido	12,941	46,1	416	3,2
TOTAIS	28,036	100,0	814	2,9

FONTE: Referência bibliográfica nº 66.

entam os problemas dessa área são multidisciplinares por natureza⁶⁵ e alguns autores^{12,26,56} recomendam o pleno aproveitamento de profissionais além do médico, nomeadamente a enfermeira, a obstetriz e a educadora na prestação de cuidados pré-natais.

*Duarte*²⁶ chama a atenção para o fato de que devendo ser a atenção da gestante, progressiva e integral, a enfermeira por sua capacitação está habilitada a atuar com pacientes em estado de saúde e de doença. Entretanto, em virtude da gradação do seu preparo a ela pode ser atribuída a responsabilidade de controle da gestante sadia, dando à gestante de alto risco a oportunidade de receber maior atenção especializada e, com isto, possibilitar o aumento da cobertura. Para isto a autora ressalta a necessidade de se estudarem o contingente de enfermagem disponível, suas atividades e sua equipe de trabalho, assim como as possibilidades do seu aperfeiçoamento para satisfazer ao aumento de responsabilidades.

Entretanto, *Leite et al*³⁷ alertam para o perigo existente de ocorrer, na delegação de funções que a enfermeira faz aos membros de sua equipe sem cumprir ou poder cumprir, concomitantemente com a sua função supervisora, um agravamento do problema constituindo-se essa delegação não supervisionada mais um fator de risco para a comunidade.

Entre as várias referências encontradas sobre estudos das associações de eventos da gravidez com fatores diversos - alguns ligados às clientes, outros a profissionais e outros ainda a condições institucionais - não localizamos nenhuma referência a estudos científicos do intervalo de tempo decorrente entre a data de inscrição das gestantes e a da sua primeira consulta médica em serviços de pré-natal.

Não sendo possível, dada a natureza do levantamento

que planejamos, chegar até à especificação da influência desse fenômeno na efetividade do serviço de pré-natal, propomo-nos, então, chegar até à configuração de alguns aspectos do evento.

Acreditamos que este trabalho poderá contribuir para a identificação e estudo de mais um instrumento de medida de qualidade da assistência prestada a gestantes em serviços pré-natais.

Para efeito de simplificação e com a finalidade de facilitar os enunciados, doravante a expressão constante no tema deste trabalho: "tempo existente desde o aparecimento das gestantes para inscrição nos centros de saúde até a primeira consulta médica" será substituída pelo seguinte enunciado: "tempo de espera para obtenção da primeira consulta médica" e por seu equivalente "tempo de espera".

A suposição de que, condicionadas, por "n" razões, as gestantes esperadas na área geográfica da Grande São Paulo, muitas vezes chegam tardiamente a receber assistência médica, leva-nos também a indagações quanto às causas porque tal fenômeno ocorre.

Diante dessas conjecturas e sob o estímulo que constitui a problemática incidente sobre o grupo materno-infantil, tomamos como centro do nosso estudo o provável tempo de espera das gestantes da supra referida área para chegarem à efetivação da primeira consulta médica nos serviços de pré-natal.

Antes de mais nada, porém, cabe uma primeira indagação básica: existe mesmo um tempo de espera para que as gestantes da Grande São Paulo consigam chegar à primeira consulta médica para controle da gestação?

Outras questões podem, então, ser colocadas:

- se existe esse tempo, qual a sua grandeza?
- o fenômeno se relaciona com quem e com o que? quando? e,

- como se comporta nesse relacionamento?

Dadas as sérias limitações - financeira, de tempo e de finalidade - de trabalhos a cuja natureza se equipara o nosso, cabe o seguinte reparo: embora desejável, não nos seria possível realizar um inquérito que atingisse todas as gestantes e existentes, no momento que escolhemos, na área geográfica de São Paulo. Assim sendo, selecionamos para estudo a porção dessas gestantes que nos pareceu passível de ser alcançada.

Frente às maiores facilidades operacionais com que poderíamos provavelmente contar, em virtude das características que vinculam as duas instituições, Faculdade de Saúde Pública da USP e Secretaria da Saúde, decidimo-nos relacionar nosso estudo tão somente com as gestantes atendidas nos serviços de pré-natal das unidades sanitárias do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, da Coordenadoria da Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Com esta ressalva, consideramos suficientemente delimitado o nosso estudo. Para realizá-lo delineamos uma pesquisa do tipo "Ex Post Facto"⁽⁵⁰⁾ com a qual tentaremos obter respostas das indagações retro-formuladas, tendo em vista o direcionamento deste inquérito definimos os objetivos geral e específicos, que expomos no Capítulo III.

II - DEFINIÇÃO DE TERMOS

AGENDAMENTO - consiste no ato de marcar dia e hora no cartão de identificação e agendamento pertencente a cada cliente do Centro de Saúde, a fim de que o mesmo receba, nessa data e horário, uma ação de saúde planejada previamente. (61)(FERREIRA, A.B. de H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa).

ALTO RISCO - é o risco gravídico em gradação mais elevada que traz para as mães e os conceptos maiores probabilidades de morbidade e de mortalidade. (baseada na definição de PERKIN)(51).

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM - consiste no atendimento da gestante e criança sadias e ainda da criança, gestante e adulto em controle da tuberculose e hanseníase, em períodos previstos pela programação, nos quais são delegadas determinadas ações previamente estudadas e normalizadas(61).

ATIVIDADE - conjunto de ações que se realizam em sucessão cronológica para atingir os objetivos(61).

ATRIBUTO DE ATIVIDADES - característica qualitativa ou quantitativa que indica a atividade. (FERREIRA, A.B. de H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa).

CENTRO DE SAÚDE - unidade dinâmica responsável, sob uma chefia, pela execução de atividades de saúde pública, que podem ser descentralizadas em um órgão local e que atua em determinada área. Os Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foram classificados em cinco tipos I, II, III, IV e V, de acordo com o grau de complexidade decrescente que apresentam, respectivamente(1).

COBERTURA - é expressa em termos de uma relação percentual entre o número de pessoas atendidas por uma determinada atividade e a população da área programática, podendo ser a população total, a acessível ou a suscetível (7).

COBERTURA PROGRAMADA - porcentagem de pessoas a serem alcançadas pelas ações do Programa (61).

COBERTURA REAL - porcentagem de pessoas que receberam as ações do Programa (61).

CONCENTRAÇÃO - é o número de atividades executadas para um indivíduo, porém em função da mesma causa (7).

CONCENTRAÇÃO NORMALIZADA - é o número de atividades previamente determinado como ótimo, para atender uma necessidade de saúde (7).

CONSULTA MÉDICA A GESTANTE - consiste num conjunto de ações combinadas qualitativa e quantitativamente, de acordo com critérios de eficiência, constituindo uma unidade de ação completa realizada pelo médico, em sequência ordenada, durante o processo de gestação, visando a proteção da saúde e/ou o diagnóstico e controle de tratamento da gestante(7).

CORRELAÇÃO - dependência entre as funções de distribuição de duas ou mais variáveis aleatórias, em que a ocorrência de um valor de uma das variáveis favorece a ocorrência dum conjunto de valores das outras variáveis (FERREIRA, A.B. de H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa).

CUIDADO PRÉ-NATAL - é a assistência prestada precocemente, de forma contínua e periódica, durante a gestação, o parto e o puerpério, com o objetivo de prevenir os riscos que atingem tanto a mulher quanto o conceito, assim como diagnosticar e tratar as possíveis intercorrências patológicas(69).

FICHA DE CONTROLE - é um impresso no qual são registradas, para cada cliente do Centro de Saúde, as atividades principais por ocasião do seu agendamento e respectivo comparecimento(61).

IDADE GESTACIONAL - é o tempo total, atual de gravidez; a contagem desse tempo começa a partir da concepção e vai até a data focalizada. Para fins de determinação da duração completa da gestação, a contagem termina com a expulsão do concepto. Essa contagem pode ser feita em dias, semanas ou meses, e é realizada mediante vários processos:

- a OMS preconiza a contagem desde o 1º dia da última menstruação;
- há obstetras, entre eles Almeida, P.A.M.* de, que adotam o processo da adição de alguns dias - 7 ou 10 - ao 1º dia da última menstruação e, por contagem regressiva de 3 meses, determinam a data provável do parto.

INSCRIÇÃO - consiste no início do atendimento de rotina a ser prestado ao cliente, já matriculado no Centro de Saúde e que implica em controle das atividades que para ele forem necessárias (61).

INSTRUMENTO - conjunto de recursos - pessoal e material - combinados, qualitativa e quantitativamente, segundo critérios de funcionalidade e eficiência, utilizados na execução de uma atividade básica de saúde (7 e 61).

INSTRUMENTO NUCLEAR - indica o recurso mais significativo que entra na composição do instrumento e determina a sua denominação como por exemplo hora/médico, hora/enfermeira, hora/obstetrix etc.(7).

PROBLEMAS DE SAÚDE - consiste no conjunto de fatores que condicionam as doenças e sua distribuição em cada sociedade. Estes fatores são de ordem biológica, econômica, histórica e cultural (48).

PROGRAMAÇÃO - conjunto de decisões tomadas a respeito de: objetivos e metas a serem alcançados pelo sistema de saúde, atividades a serem desenvolvidas para o alcance desses objetivos e

* Do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP.

estimativa dos recursos (pessoal, material, financeiro) necessários à execução das atividades. A programação deve apresentar o suficiente detalhe relativo aos seus objetivos, atividades e recursos, em termos de período do plano de saúde estabelecido - a longo, médio ou curto prazo(7).

PRONTUÁRIO - consiste num envelope modelo padrão, no qual estão contidas as fichas de cliente matriculado no Centro de Saúde (61).

RENDIMENTO INSTRUMENTAL - é o número de atividades produzidas pelo instrumento, dentro do limite da unidade de tempo referido na sua denominação (7).

RENDIMENTO INSTRUMENTAL NORMALIZADO - número de atividades que se considera desejável produzir por unidade de instrumento(69)

RISCO GRAVÍDICO - é a oportunidade de agravos físicos, psicológicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto (4).

SAÚDE MATERNA - O Comitê Especial da OMS⁶⁷ define Saúde Materna como: "conceito amplo e aceito de cuidados de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das mães e filhos, considerando as seguintes áreas:

- saúde materna;
- planejamento familiar;
- saúde infantil;
- saúde escolar;
- cuidado de saúde da criança defeituosa;
- saúde do adolescente;
- aspectos do cuidado de crianças em situações especiais, como as creches.

VOLUME DE ATIVIDADE - número total de atividades executadas em função de cada dano ou demanda, durante um período de tempo determinado. O volume de atividades produzidas, permite verificar se a concentração de atividades para cada dano ou demanda é ou não a esperada(7).

III - OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a ampliação do conhecimento de causas da ocorrência de determinados problemas, reversíveis, de saúde da gestante e do conceito, estabelecendo a correlação, porventura existente, entre a variação do tempo de espera para a primeira consulta médica de gestantes em centros de saúde e alguns fatores, possivelmente influentes, na área de saúde materna.

Para o alcance deste objetivo geral, estabelecemos os seguintes objetivos específicos:

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 Identificar e medir segundo a idade da gestação, o tempo decorrente entre a data da inscrição e a da primeira consulta médica das gestantes inscritas no período de janeiro a setembro de 1979 nos cinco tipos de centros de saúde das quatro Regionais do DRS-1, SP, incluídos na amostra.

2.2 Identificar, na ocorrência de intervalos maiores que aquele considerado parâmetro de normalidade, se determinadas características dos seguintes fatores institucionais apresentam correlação com a anormalidade verificada:

2.2.1 localização do Centro de Saúde;

2.2.2 tipo de Centro de Saúde;

2.2.3 cobertura alcançada, segundo o tipo de Centro de Saúde e a Regional;

2.2.4 disponibilidade do instrumento nuclear para a consulta médica e o atendimento de enfermagem

(enfermeira e obstetriz);

2.2.5 idade gestacional ao tempo da inscrição.

Observação: a fim de completar a caracterização dos fatores selecionados, embora sem submetê-los a técnicas acuradas de medidas de correlação, objetivamos ainda:

a) identificar, em relação ao grau de cobertura alcançado, qual das modalidades de atendimento, abaixo relacionadas, é a utilizada visando o encaminhamento das gestantes para a primeira consulta médica no pré-natal dos centros de saúde estudados:

- agendamento;
- atendimento ilimitado da demanda;
- atendimento limitado da demanda;

b) identificar sinais da associação entre as variações da concentração das consultas médicas oferecidas às gestantes inscritas nos referidos centros de saúde com a cobertura alcançada e com o rendimento instrumental da hora/médico efetivado;

c) identificar eventual evidência de associação da variação do tempo de espera com a realização ou não realização, pelos instrumentos nucleares da consulta médica e do atendimento de enfermagem, de atividades no setor de saúde materna dos centros de saúde focalizados, segundo o seguinte elenco:

- triagem de gestantes;
- consulta de gestantes;
- atendimento de enfermagem a gestantes;

- supervisão do setor;
- outras atividades no setor;
- outras atividades fora do setor.

2.3 Testar as correlações identificadas entre os fatores es
pecificados nos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4,
2.2.5 e o tempo de espera mensurado.

A definição destes objetivos possibilita-nos a formu
lação de uma hipótese que terá a finalidade de dirigir noss
sa busca de respostas que esclareçam, ou contribuam para
esclarecer, aspectos das associações que procuramos carac
terizar, identificar e testar.

IV - HIPÓTESE

O tempo de espera de gestantes para obtenção da primeira consulta médica no pré-natal de Centros de Saúde pode estar correlacionado a determinados fatores ligados às instituições, à clientela e aos instrumentos nucleares responsáveis pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem.

V - VARIÁVEIS

1. VARIÁVEIS: SELEÇÃO E DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Das variáveis contidas dentro da hipótese formulada, selecionamos, como significativas para este estudo, as seguintes:

1.1 Variável dependente:

Tempo de espera para obtenção da primeira consulta médica.

Para isolar a variável dependente responderemos a três quesitos:

- o que é tempo de espera?
- com quem se relaciona?
- como pode ser identificado?

De conformidade com os interesses deste trabalho estamos, assim, definindo o tempo de espera, caracterizando-o e tornando-o mensurável.

1.1.1 Definição:

Tempo de espera, neste estudo, será considerado aquele que se escoia desde a data da inscrição da gestante, no centro de saúde, para controle pré-natal, até a data da primeira consulta médica efetivada.

1.1.2 Caracterização:

1.1.2.1 O tempo de espera pode existir ou não existir:

- a "não existência" é expressa pelo zero (0) absoluto, significando a ocorrência da inscrição e a da primeira consulta médica no mesmo dia, portanto, sem espera;

- a "existência" é expressa em número de dias inteiros, podendo apresentar variação de um (1) a "n" dias, contados a partir da data da inscrição até a da primeira consulta médica.

1.1.2.2 O tempo de espera pode ser considerado aceitável ou não aceitável:

- tempo de espera aceitável é aquele que se mantém dentro do intervalo paramétrico de normalidade*, isto é, não ultrapassa o período de 0 a 7 dias; a expressão "aceitável" será, aqui, considerada sinônima de "normal";
- tempo de espera não aceitável é o que ultrapassa o intervalo paramétrico de normalidade. A expressão "não aceitável", será neste trabalho, equivalente a "anormal".

1.1.2.3 O tempo de espera, neste estudo, é uma expressão ligada especificamente às seguintes gestantes:

- gestantes matriculadas nos cinco tipos de centros de saúde, (classificados de conformidade com a S.E.S.),

* Segundo ALMEIDA, P.A.M de, ** o parâmetro de normalidade de tempo de espera é o período de 0 a 7 dias, definido em função da necessidade de se diagnosticar, tão precocemente quanto possível, a gradação do risco gravídico apresentada pela gestante. À medida que a espera se prolonga além do 7º dia, aumentam as possibilidades de exposição do risco vigente e rebaixa-se a qualidade da assistência.

**Do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP.

das quatro Regionais do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, C.S.C. da S.E.S. - SP, inscritas para controle pré-natal, no período de janeiro a setembro de 1979;

- gestantes identificadas por meio de levantamento de informações registradas em cada centro de saúde, coletando-se diretamente das fichas de controle e dos prontuários das gestantes por meio de uma ficha roteiro os seguintes dados:
 - . tipo e denominação do Centro de Saúde e classificação da Regional;
 - . número da matrícula das gestantes;
 - . idade da gestação ou data da última menstruação;
 - . data da inscrição;
 - . data da primeira consulta.
- gestantes classificadas e quantificadas por trimestre da gestação ao tempo da inscrição.

1.1.3 Mensuração:

Para medir o tempo de espera contou-se para cada gestante o tempo decorrido desde a data da inscrição até a primeira consulta médica.

Na mensuração inicial do tempo de espera não se usou nenhum processo elaborado, computando-se os dados em bruto, exceção feita para o trimestre da gestação que foi considerado na computação.

A computação dos dados foi feita manualmente, utilizando-se as informações contidas na ficha roteiro (Anexo I)

O Resultado foi lançado no Quadro de Computação (Anexo IV).

1.1.4 Associação:

O tempo de espera "aceitável" ou não aceitável pode ser considerado um indicador da qualidade - boa ou má - da assistência prestada à gestante no pré-natal, porém, sua validade está condicionada a determinadas características de outros indicadores imprescindíveis para a avaliação.

1.2 Variáveis independentes significativas, selecionadas para estudo, por apresentarem sinais evidentes de influência condicionante sobre a variável dependente:

- condições de acessibilidade apresentadas pelos centros de saúde segundo sua localização e classificação na S.E.S.;
- metas de cobertura normalizadas;
- alcance das metas de cobertura em relação às metas propostas;
- disponibilidade do instrumento nuclear responsável pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem;
- trimestre da gestação ao tempo da inscrição;

- modalidade de atendimento das gestantes visando seu encaminhamento para a primeira consulta médica no pré-natal.
- grau de alcance das metas de concentração da consulta médica;
- atuação do instrumento nuclear no setor de Saúde Materna;
- rendimento instrumental hora/médico;
- média de idade gestacional na inscrição.

Com o devido tratamento estatístico procuramos comprovar a correlação existente do tempo de espera das gestantes para a primeira consulta médica com as variáveis independentes mencionadas acima, do 1º ao 5º itens.

Quanto aos cinco últimos da relação, pretendemos apenas subsidiar a identificação de possibilidades de associação provável com a variável dependente.

VI - MATERIAL E MÉTODO

1. POPULAÇÃO

O objeto central da pesquisa foi o "tempo de espera", retro definido.

A população na qual identificamos este tempo de espera para torná-lo mensurável e no qual procuramos conhecer, também, a existência e as características de determinados fatores, interligados a este objeto na prestação de assistência pré-natal à gestante, foi dividida em duas classes:

- população de material relacionado à variável dependente ou tempo de espera;
- população de material relacionado às variáveis independentes e que serão individualizadas ao relacionarmos o material sobre o qual se apoiou o estudo.

Nota: os instrumentos utilizados para a coleta dos dados necessários para este estudo, constituem os anexos I, II e III.

1.1 Na população de material relacionado à variável dependente, selecionamos como significativo o seguinte:

1.1.1 dados secundários existentes e registrados, levantados dos boletins de produção do DRS-1, SP, relativos ao volume de gestantes inscritas e ao das existentes nos centros de saúde da rede deste Departamento, nos meses de janeiro a setembro de 1979;

1.1.2 dados secundários, existentes e registrados, fornecidos pela C.S.C. - S.E.S. SP - Nível Central, contendo: relação completa dos Centros de Saúde da rede, localizados na Grande São Paulo

lo, discriminados segundo o tipo de Centro de Saúde, sua distribuição por Distritos Sanitários e Regionais e os respectivos endereços.

Estas informações foram utilizadas como base para a tomada de decisão quanto à abrangência do universo, isto é, se optaríamos pelo censo ou não. Segundo Candeias⁽¹²⁾ in Oppenheim* "*Não sendo possível contar o todo, conta-se uma amostra representativa para, a seguir, inferir-se sobre a população global*".

Considerando o elevado número de unidades da população, conforme se vê na Tabela 2, optamos por uma porção da mesma, constituída por uma classe geral, os centros de saúde, dentro dos quais selecionamos novamente outra porção de unidades, representadas pelas fichas das gestantes inscritas nesses centros de saúde.

No primeiro caso foi utilizado um processo de amostragem que será relatado no sub-capítulo seguinte.

No segundo caso o processo de seleção é parte do método de trabalho utilizado e será igualmente descrito adiante.

1.2 População de material relacionado às variáveis independentes.

O material utilizado para identificação, caracterização e mensuração das variáveis independentes significativas será relacionado sob a rubrica de cada

* Oppenheim, A.N. Questionnaire design and attitude measurement. New York, Basic Books Publ., 1966.

uma dessas variáveis e consta de dados secundários e primários.

1.2.1 Material relacionado às "condições de accessibilidade apresentadas pelos centros de saúde de segundo sua localização e classificação no centro de saúde":

- constitui-se de dados secundários colhidos do quadro fornecido pela C.S.C. - S.E.S. - SP, Nível Central, já citado no item 1.1.2.

Deste quadro retiramos as informações para:

- . identificação e endereços dos centros de saúde da rede do Estado, localizados na Grande São Paulo, segundo sua distribuição por tipo, distritos sanitários e por regionais e selecionados para integrarem a amostra.

1.2.2 Material relacionado às "metas de cobertura normalizadas":

- programação da C.S.C. - S.E.S. - SP, para o ano de 1979, referente à assistência a saúde materna, da qual foram foram isolados os seguintes dados secundários:

- . metas de cobertura para inscrição de gestantes esperadas;
- . concentração normalizada de consulta médica e atendimento de enfermagem;
- . rendimento instrumental normalizado;
- . dados básicos secundários para programação, fornecidos pela Seção de Planejamento da Divisão de Estudos e Programas do DRS-1, SP, a saber:

- . número de gestantes esperadas para o ano de 1979 para 17 (dezesete) centros de saúde daqueles incluídos na amostra; quanto aos demais não havia informações disponíveis com referência a gestantes esperadas.
- dados básicos secundários referentes aos centros de saúde da amostra, fornecidos por:
 - . SEADE - SEPLAN, SP: população estimada para 1978 na área geográfica dos centros de saúde; número de nascimentos e natimortos na mesma área, no mesmo período;
 - . CIS - SES - SP: população estimada para 1978, na área específica de cada distrito civil correspondente à área programática do centro de saúde, ou àquela onde o mesmo se localiza.

Observação: estes dados relativos à população estimada foram utilizados para o cálculo das gestantes esperadas para inscrição nos 34 centros de saúde da amostra, cujos nomes não constavam da relação fornecida pelo DRS-1, SP.

1.2.3 Material relacionado ao "alcance das metas de cobertura em relação às metas propostas" para o atendimento das gestantes inscritas para controle pré-natal nos centros de saúde da amostra, no período em foco:

- dados secundários levantados na Seção de Planejamento da D.E.P.-DRS-1, SP, dos boletins de produção dos centros de saúde da a

mostra e dados primários levantados nos próprios centros de saúde, diretamente dos prontuários das gestantes inscritas para atendimento pré-natal, no período citado; estes dados nos deram as seguintes informações:

- . número de gestantes inscritas e existentes, segundo o trimestre da gestação, no período do estudo;

1.2.4 Material relacionado à "disponibilidade dos IN (instrumentos nucleares) responsáveis pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem das gestantes inscritas nos centros de saúde da amostra, no período indicado:

- dados secundários existentes sobre pessoal para os centros de saúde da rede da S.E.S. SP: coletados da Portaria do Coordenador da C.S.C. - S.S. - CG nº 8 (54) que dispõe, como vemos, sobre o número de médicos para atendimento de gestantes inscritas no pré-natal dos centros de saúde da rede, de acordo com a complexidade desses centros, a saber:

- . CS I - 2 médicos em tempo parcial - 4 horas diárias;
- . CS II - 1 médico em tempo parcial - 4 horas diárias;
- . CS III- 1 médico em metade do tempo parcial - 10 horas semanais;
- . CS IV - 1 médico, em 1/5 do tempo parcial - 4 horas semanais;
- . CS V - 1 médico em 1/5 do tempo parcial - 4 horas semanais.

- dados primários sobre o número de médicos, enfermeiras e obstetriz, em exercício nos centros de saúde da amostra, no período focalizado, fornecidos pelas regionais do DRS-1 -SP: R.1.1, R.1.2, R.1.3 e R.1.4.

1.2.5 Material relacionado ao "trimestre da gestação, ao tempo da inscrição":

- dados secundários existentes levantados nos boletins de produção arquivados na Seção de Planejamento da Divisão de Estudos e Programas do DRS-1, sobre o número de gestantes inscritas segundo o trimestre da gestação;

1.2.6 Material relacionado à "modalidade de atendimento" das gestantes, visando seu encaminhamento para a primeira consulta médica no pré-natal dos centros de saúde estudados:

- agendamento;
- atendimento ilimitado da demanda espontânea;
- atendimento limitado da demanda espontânea;

Esta informação foi obtida por meio do levantamento de dados primários realizado junto do médico responsável pelo centro de saúde ou do encarregado administrativo, na falta do primeiro.

1.2.7 Material relacionado à "atuação dos instrumentos nucleares responsáveis pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem no setor de saúde materna", nos centros de saúde da amostra, no período compreendido no estudo:

- os dados necessários para o conhecimento dessa atuação foram dados primários colhidos por meio de ficha roteiro* contendo informações pertinentes a serem obtidas junto de cada profissional responsável pela consulta médica e atendimento de enfermagem, e referiram-se às seguintes atividades:

- triagem;
- consulta médica;
- atendimento de enfermagem;
- supervisão no setor de SM (saúde materna);
- outras atividades no setor de saúde materna;
- outras atividades fora do setor de saúde materna;

1.2.8 Material relacionado à verificação do "rendimento instrumental da hora/médico alcançado":

- os dados secundários necessários para essa verificação foram referentes ao volume de consulta médica realizada, obtidos dos boletins de produção dos centros de saúde da amostra, arquivados no DRS-1 - SP;
- os dados primários, referentes à hora/médico trabalhadas no dia, mês e ano, foram obtidos por meio de levantamento específico realizado junto das Regionais em que se localizam os centros de saúde focalizados.

* Anexo II: Ficha 1.

2. AMOSTRA

Este estudo baseou-se numa pesquisa que se desenvolveu na área programática do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, abrangendo o período de janeiro a setembro de 1979.

Tendo em vista a necessária autorização para realizarmos este inquérito, promovemos os devidos entendimentos pessoais e os formais por correspondência com a Coordenadoria de Saúde da Comunidade e com o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo.

Feito isto, iniciamos o levantamento, em junho do corrente ano, com a coleta de informações referentes ao número, tipos e endereços dos centros de saúde da Secretaria de Estado da Saúde - SP, localizados na Grande São Paulo, obtendo estes dados da Coordenadoria de Saúde - Nível Central.

Com base no material que nos foi fornecido, elaboramos a Tabela 2.

Outro passo preliminar que se fez necessário foi o levantamento do número de gestantes inscritas nos meses de janeiro a setembro, em todos os centros de saúde da rede do DRS-1. Para tal fim utilizamos os dados secundários extraídos dos boletins de produção desses centros de saúde, arquivados na Seção de Planejamento da Divisão de Estudos e Programas do DRS-1 e os registramos num mapa estruturado para isto, conforme o Anexo 1; tabulando manualmente os dados, construímos a Tabela 3, apresentada no sub capítulo 1 do Capítulo VI (Amostra).

A finalidade deste levantamento foi a de conhecermos o tamanho da população de gestantes a que pertenciam os indivíduos da pesquisa, uma vez que, segundo parecer exarado pelo especialista consultado, da Disciplina de Estatística do Depar

tamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, a quantidade de gestantes inscritas em cada tipo de centro de saúde, com as quais se relaciona inerentemente o tempo de espera, condicionaria a escolha da técnica da coleta de dados, isto é, deveria ser feito o levantamento censitário se a população fosse muito pequena em cada centro de saúde ou se poderia aplicar a técnica de amostragem, se o volume de gestantes inscritas fosse suficiente para isto.

TABELA 2 - Distribuição dos Centros de Saúde do DRS-1 da C.S.C., da S. E. S. de São Paulo, segundo os tipos, por Regionais e por Distritos Sanitários. SP, 1979.

REGIONAIS CENTROS DE SAÚDE SEGUNDO OS TIPOS		R.1.1 Sede:Capital			R.1.2 Sede: Guarulhos				R.1. 3 Sede: Santo André				R.1. 4 Sede: Osasco							T O T A L			
		GUARULHOS	BELENZINHO	VILA MARIANA	GUARULHOS	VILA MARIA	MOGI DAS CRUZES	PENHA DE FRANÇA	S.MIGUEL PAULISTA	SANTO ANDRÉ	JABAQUARA	S. BERNARDO DO CAMPO	S. CAETANO DO SUL	VILA PRUDENTE	OSASCO	BUTANTÁ	CAIEIRAS	LAPA	N.SENHORA DO Ó		TUCURUVI	SANTO AMARO	ITAPECERICA DA SERRA
C.S. I		1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	-	1	1	1	1	1	-	21
C.S. II		1*	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	1	1	1	-	1	**	-	12	
C.S. III		-	2	-	-	1	2	3	-	1	1*	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	14	
C.S. IV		-	-	-	2	-	3	3	-	-	-	-	1	3	1	2	4	2	1	1	1	25	
C.S. V		2	3	4	2*	4	4	16*	9*	4	8	-	-	11	8	7	1	9	9*	9	9*	3	122
TOTAL		4	7	5	5	6	11	23	13	8	10	2	1	14	13	10	5	15	13	13	11	5	194

* Excluídos os não instalados

** Excluídos os C.S. Escola

FONTE: C.S.S. - S.P.S. - SP.

TABELA 3 - Gestantes matriculadas, segundo o tipo de Centro de Saúde e a regional, janeiro - junho de 1979.
São Paulo, 1979.

TIPO	R E G I O N A L				TOTAL
	R1 - 1	R1 - 2	R1 - 3	R1 - 4	
CS I	656	1.193	1.214	1.282	4.345
CS II	501	487	109	699	1.796
CS III	168	813	243	207	1.431
CS IV	-	531	75	1.200	1.806
CS V	417	1.259	409	1.865	3.950
TOTAL	1.742	4.283	2.050	5.253	13.328

Fonte: DRS-1 - S.S.C.-S.E.S.- SP.

2.1 Tamanho da Amostra (Tabela 3)

2.2 Fórmula empregada

Adotou-se como expressão do número mínimo de elementos da amostra:

$$n = \frac{\left(\frac{\alpha}{2} + K_{\beta}\right)^2}{d^2}$$

em que:

- α - é a probabilidade de ocorrência do erro tipo I, isto é: a probabilidade de rejeição de uma hipótese verdadeira;
- β - é a probabilidade de ocorrência do erro tipo II, isto é: a probabilidade de aceitação de uma hipótese falsa;
- $\underline{\alpha}$ - é o valor da abscissa da distribuição normal padronizada que deixa $\frac{\alpha}{2}\%$ à sua direita;
- β - é o valor da abscissa da distribuição normal padronizada que deixa $\beta\%$ à sua esquerda;
- d - é o valor da diferença entre a verdadeira média e a média amostral medida em unidades de desvio padrão.

TABELA 4-Centros de Saúde e gestantes que participaram da amostra, segundo o tipo de Centro de Saúde e as Regionais. SP, 1979.

TIPO	R E G I O N A L								TOTAL	
	R.1.1		R.1.2		R.1.3		R.1.4		CS	GEST.
	CS	GEST.	CS	GEST.	CS	GEST.	CS	GEST.		
CS I	1	40	2	74	2	75	2	79	7	268
CS II	1	75	1	73	1	16	2	104	5	268
CS III	1	31	2	152	1	46	1	39	5	268
CS IV	-	-	3	79	1	11	5	178	9	268
CS V	2	28	7	85	5	28	11	127	25	268
TOTAL	5	174	15	463	10	176	21	527	51	1.340

2.3 Número mínimo de elementos de cada amostra

O agrupamento básico analisado é o tipo de Centro de Saúde.

Admite-se que as probabilidades de ocorrência dos erros tipos I e II são iguais a 5% e que o erro máximo na determinação da média populacional é 25% do desvio padrão.

Tem-se, então:

$$n = \frac{(1,96 + 1,64)^2}{(0,25)^2}$$

$$n \cong 208$$

Serão levantados, assim, um mínimo de 208 dados para cada um dos tipos de centro de saúde, implicando no exame de, no mínimo, 1.040 gestantes dos cinco tipos de centro de saúde existentes nas Regionais do DRS-1, SP.

2.4 Estratificação Proporcional

Considerando que cada tipo de centro de saúde está distribuído por quatro regionais, foi estabelecida a participação de cada regional proporcionalmente à quantidade de gestantes matriculadas no período pesquisado.

Tem-se portanto:

$$n_h = n \cdot \frac{N_h}{N}$$

em que:

n_h - é o número de elementos da amostra da regional h;

n - é o número de elementos da amostra para o tipo de centro de saúde;

N_h - é o número de matrículas que constituem o conjunto de h; e

N - é o número de matrículas que constituem o conjunto do tipo de centro de saúde.

Frente à necessidade de se iniciar e prosseguir imediatamente com o levantamento, decidíramos em julho próximo passado, considerar para estudo o período contido entre os meses de janeiro a junho de 1979, porque eram relativos a este tempo os dados elementares encontrados no DRS-1.

Todavia, no desenvolvimento do trabalho foi possível, incluir as informações, referentes aos meses de julho a setembro, tornando o inquérito mais completo e mais atualizado.

A Tabela 3 apresenta o número de matrículas de gestantes, no período de janeiro-junho de 1979, segundo o tipo de centro de saúde e a regional.

Aplicando-se a fórmula do item anterior, vem:

2.5.1 Número de elementos das amostras dos CS I

a) para R1-1

$$n_1 = 208 \times \frac{656}{4.345}$$

$$n_1 \approx 31$$

b) para R1-2

$$n_2 = 208 \times \frac{1.196}{4.345}$$

$$n_2 \approx 57$$

c) para R1-3

$$n_3 = 208 \times \frac{1.214}{4.345}$$

$$n_3 \approx 58$$

d) para R1-4

$$n_4 = 208 \times \frac{1.282}{4.345}$$

$$n_4 \approx 62$$

2.5.2 Número de elementos das amostras dos CS II

a) para R1-1

$$n_1 = 208 \times \frac{501}{1.796}$$

$$n_1 \cong 58$$

b) para R1-2

$$n_2 = 208 \times \frac{487}{1.796}$$

$$n_2 \cong 56$$

c) para R1-3

$$n_3 = 208 \times \frac{109}{1.796}$$

$$n_3 \cong 13$$

d) para R1-4

$$n_4 = 208 \times \frac{699}{1.796}$$

$$n_4 \cong 81$$

2.5.3 Número de elementos das amostras dos CS III

a) para R1-1

$$n_1 = 208 \times \frac{168}{1.431}$$

$$n_1 \cong 24$$

b) para R1-2

$$n_2 = 208 \times \frac{813}{1.431}$$

$$n_2 \cong 119$$

c) para R1-3

$$n_3 = 208 \times \frac{243}{1.431}$$

$$n_3 \cong 35$$

d) para R1-4

$$n_4 = 208 \times \frac{207}{1.431}$$

$$n_4 \cong 30$$

2.5.4 Número de Elementos das Amostras dos CS IV

a) para R1-1

$$n_1 = 208 \times \frac{0}{1.806}$$

$$n_1 \cong 0$$

b) para R1-2

$$n_2 = 208 \times \frac{531}{1.806}$$

$$n_2 \cong 61$$

c) para R1-3

$$n_3 = 208 \times \frac{75}{1.806}$$

$$n_3 \cong 9$$

d) para R1-4

$$n_4 = 208 \times \frac{1.200}{1.806}$$

$$n_4 \cong 138$$

2.5.5 Número de Elementos das Amostras do CS V

a) para R1-1

$$n_1 = 208 \times \frac{417}{3.950}$$

$$n_1 \cong 22$$

b) para R1-2

$$n_2 = 208 \times \frac{1.259}{3.950}$$

$$n_2 \cong 66$$

c) para R1-3

$$n_3 = 208 \times \frac{409}{3.950}$$

$$n_3 \cong 22$$

d) para R1-4

$$n_4 = 208 \times \frac{1.865}{3.950}$$

$$n_4 \approx 98$$

2.6 Número de Centros de Saúde da Amostra

Os centros de saúde comparecem também na amostra em número proporcional à sua participação em cada tipo e região. Adotou-se, no caso, o fator de proporcionalidade (aproximando-se os resultados para o inteiro seguinte) 0,2 para o CS V, e o fator 0,3 para os demais centros.

A Tabela 4 mostra o número de centros de saúde e gestantes que participaram da amostra distribuídos segundo os tipos de centros de saúde e as regionais com o tamanho da amostra já modificado.

QUADRO 1 - Relação dos Centros de Saúde sorteados para constituírem a amostra, segundo o tipo de CS. SP, 1979.

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	REGIONAL
C.S. I	1	Santa Cecília	R.1.1
	5	Vila Maria	R.1.2
	8	S. Miguel Paulista	R.1.2
	12	S. Bernardo do Campo	R.1.3
	13	S. Caetano do Sul	R.1.3
	17	Butantã	R.1.4
	21	Santo Amaro	R.1.4

QUADRO 2 - Relação dos Centros de Saúde sorteados para constituírem a amostra, segundo o tipo de CS. SP, 1979.

TIPO DE CS NAS SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	REGIONAL
C.S. II	22	Santa Cecília	R.1.1
	23	Belenzinho	R.1.1
	24	Mogi das Cruzes	R.1.2
	28	S. Bernardo do Campo	R.1.3
	29	Osasco	R.1.4
	30	Butantã	R.1.4

QUADRO 3 - Relação dos Centros de Saúde sorteados para constituírem a amostra, segundo o tipo de CS. SP, 1979.

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	REGIONAL
C.S. III	34	Belenzinho	R.1.1
	35	Belenzinho	R.1.1
	36	Vila Maria	R.1.2
	40	Penha de França	R.1.2
	41	Penha de França	R.1.2
	43	Jabaquara	R.1.3
	45	N. Senhora do Ó	R.1.4
	46	Tucuruvi	R.1.4

QUADRO 4 - Relação dos Centros de Saúde sorteados para constituirem a amostra, segundo o tipo de CS. SP, 1979.

TIPO DE CS NAS SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	REGIONAL
C.S. IV	48	Guarulhos	R.1.2
	50	Mogi das Cruzes	R.1.2
	53	Penha de França	R.1.2
	57	Vila Prudente	R.1.3
	58	Osasco	R.1.4
	59	Osasco	R.1.4
	67	Lapa	R.1.4
	69	N.Senhora do Ó	R.1.4
	70	Tucuruvi	R.1.4
	72	Itapecerica da Serra	R.1.4

QUADRO 5 - Relação dos Centros de Saúde sorteados para constituirem a amostra, segundo o tipo de CS. SP, 1979.

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	REGIONAL
C.S. V	75	Belenzinho	R.1.1
	81	Vila Mariana	R.1.1
	84	Vila Maria	R.1.2
	85	Vila Maria	R.1.2
	87	Vila Maria	R.1.2
	102	Penha de França	R.1.2
	107	Penha de França	R.1.2
	112	S.Miguel Paulista	R.1.2
	115	S.Miguel Paulista	R.1.2
	118	Santo André	R.1.3
	119	Santo André	R.1.3
	120	Santo André	R.1.3
	132	Vila Prudente	R.1.3
	135	Vila Prudente	R.1.3
	142	Osasco	R.1.4
	148	Butantã	R.1.4
	149	Butantã	R.1.4
	150	Butantã	R.1.4
	158	Lapa	R.1.4
	159	Lapa	R.1.4
	163	Lapa	R.1.4
	186	Santo Amaro	R.1.4
	187	Santo Amaro	R.1.4
	193	Itapecerica da Serra	R.1.4
	194	Itapecerica da Serra	R.1.4

3. PROCEDIMENTO

Antes do início da coleta de dados visitamos três centros de saúde, tipos I, II e III, com a finalidade de verificar os processos de inscrição das gestantes. Pudemos observar que nesses centros as gestantes são recebidas, por ocasião de sua primeira visita, por um atendente que as encaminha ao fichário onde são inscritas, seguindo imediatamente para a consulta médica ou para o atendimento de enfermagem - que, neste caso, é o que já se denomina, fora da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de consulta de enfermagem -. Não foi possível identificar, nesse momento, se as gestantes são atendidas, conforme a demanda, sem limites de quantidade ou se há um determinado número de vagas para atendimento diário além do qual as excedentes são encaminhadas para inscrição em outro dia.

No momento da inscrição as gestantes recebem um número, mas surgiu aí uma dúvida que se intensificou posteriormente: não conseguimos perceber se, na prática, é feita a diferença entre os termos "matrícula" e "inscrição", sendo provável que, normalmente, sejam considerados equivalentes. Com certa frequência, ao computarmos os dados levantados nos centros de saúde, tivemos que eliminar da amostra algumas inscrições com data de 1977 ou princípio de 1978 que, pela lógica, indicavam uma gestação há muito terminada; como a essas inscrições seguia-se uma data recente de consulta, concluímos que se tratava da data da matrícula que, para cada cliente, é sempre a mesma, não importando o tempo em que retorna ou a clínica que procure.

No ato da consulta (do médico ou da obstetriz), são registradas em fichas especializadas, as datas da última menstruação ou idade da gestação e da primeira consulta.

Por meio das Normas e Instruções ⁶¹ da Secretaria de Estado da Saúde, verificamos que o processo de inscrição e os registros observados devem ser idênticos para todas as unidades sanitárias da rede.

3.1 Instrumento para coleta de dados

Feito isto, elaboramos nossos instrumentos para a coleta de dados, nos centros de saúde, constando de dois modelos que denominamos Ficha 1 e Ficha 2, conforme os Anexos II e III.

A Ficha 1 foi estruturada com os seguintes objetivos:

- a) informar sobre a existência ou não existência, nos centros de saúde dos instrumentos hora/médico, hora/enfermeira e hora/obstetriz, assim como sobre o número dos mesmos em exercício efetivo;
- b) indicar qual a atuação desses instrumentos nucleares, especificamente em relação às seguintes atividades:
 - triagem
 - consulta médica
 - atendimento de enfermagem
 - supervisão
 - outras atividades no Setor de Saúde Materna e outras atividades fora do Setor de Saúde Materna.

Justificamos a inclusão destes itens na Ficha 1 pelas razões expostas a seguir:

TRIAGEM: O objetivo da coleta deste dado é a identificação do instrumento que executa esta atividade. Evidentemente no caso de gestantes, a triagem é uma das primeiras oportunidades para a identificação de fatores que participam na classificação do alto risco gravídico. Se o instrumento responsável pela triagem for suficientemente treinado as possibilidades de se detectar tais fatores de risco mais cedo e encaminhar mais oportunamente as gestantes para controle, são maiores. Se o instrumento pertence a uma categoria funcional que não conte com as mesmas possibilidades de treinamento suficiente, a execução dessa atividade deve ser examinada à luz dos resultados relativos à atividade "su

pervisão", relacionada igualmente para levantamento.

CONSULTA MÉDICA: Foi colocada por uma questão de coerência, pois seria supérflua, considerando que só o médico a executa; conseqüentemente, se não houver médico na unidade, não haverá consulta médica, podendo contar-se, às vezes, só com o atendimento da obstetriz. Essa ocorrência, por si somente, já seria um indicador de qualidade deficiente da assistência prestada, uma vez que o serviço de enfermagem só deve atender, normalmente, às gestantes sadias.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: A realização ou não realização desta atividade num centro de saúde para o qual é prevista, é um elemento para a avaliação da cobertura esperada desde que, conforme consta nas normas, devem ser oferecidos a cada gestante que se inscreve no primeiro trimestre, pelo menos quatro atendimentos de enfermagem. Entretanto pode-se encontrar situações em que haja desvio de função quando a obstetriz executa atividades que poderiam ser delegadas a pessoal auxiliar e a enfermeira não realiza o atendimento de enfermagem. No caso em que tais irregularidades sejam verificadas, medidas de ajustamento se impõem, pois esses dois instrumentos são suficientemente dispendiosos para não se admitir o desperdício.

SUPERVISÃO: A importância do levantamento de informações sobre este item advém da necessidade da sua realização. O exercício da função supervisora, adequadamente realizada pela enfermeira encarregada do Setor de Enfermagem, é um indício da existência de um fator de ajustamento da qualidade da atenção prestada.

OUTRAS ATIVIDADES NO SETOR DE SAÚDE MATERNA: Sempre há uma possibilidade de que a enfermeira ou a obstetriz, embora não realizando a prestação de assistência de enfermagem nem exercendo a função supervisora, realizem ou participem da realização de outras atividades no Setor de Saúde Materna, especificamente as de caráter administrativo, tais

como: planejamento, organização, coordenação e direção das atividades de enfermagem.

É de grande importância o conhecimento pelo menos de indícios elementares da atuação da enfermeira na área de saúde materna, dada a grande importância que a sua participação aí vem merecendo. Frente à escassez de recursos existente para tratar a problemática do setor, a enfermeira é um elemento valioso porque além da sua contribuição direta na assistência a ser prestada, participa como agente multiplicador por excelência em relação ao pessoal auxiliar, ao qual se preconiza, atualmente, com grande ênfase, a delegação de atribuições junto ao grupo de gestantes.

O levantamento desses dados servirá, quando menos, para uma primeira penetração no conhecimento de problemas já manifestados, porém, não comprovados, empiricamente, quanto à não atuação ou atuação insuficiente da enfermeira no Setor de Saúde Materna.

OUTRAS ATIVIDADES FORA DO SETOR DE SAÚDE MATERNA: Constituem um item cuja informação é um reforço do esclarecimento obtido nos anteriores; teoricamente, há casos em que a enfermeira e/ou obstetriz prestam assistência de enfermagem na área de saúde da criança, ou por algum desvio de função, realizam atividades não previstas nas normas até em áreas não ligadas à saúde materno-infantil.

A simples confirmação dessa informação indica um problema de múltiplas faces que demanda solução urgente, mas que exige um melhor conhecimento em profundidade. Como não é objetivo deste trabalho identificar e caracterizar tais problemas, principalmente quando fora do Setor, o levantamento deste dado foi conduzido apenas para obtenção da informação genérica sobre a realização de atividades fora do Setor.

A Ficha 2 foi utilizada para o levantamento das informações relacionadas ao tempo de espera. Expomos em seguida,

as razões porque selecionamos os itens constantes deste modelo:

- o registro do número de ordem visou o controle do número de gestantes cuja inscrição foi levantada, uma vez que a quantidade era prevista;
- o número da matrícula permitiria o controle posterior do dado, se ou quando necessário;
- a data da última menstruação ou idade da gestação, foi considerada um dado básico porque o conhecimento da idade gestacional ao tempo da inscrição é um indicador da qualidade da assistência;
- as datas da inscrição e da primeira consulta médica, foram consideradas dados essenciais para a identificação do tempo de espera, registrado em dias para possibilitar sua mensuração.

3.2 Escolha da amostra

Em seguida sorteamos as unidades sanitárias que deveriam constituir a amostra. Para isto fizemos uma relação dos centros de saúde da rede do DRS-1-SP, conforme os dados procedentes da C.S.C. já referidos. Numeramos esses centros de 1 a 194; do total que eram 209, foram excluídas: as unidades tipo PAS por oferecerem atendimento elementar, os centros de saúde não instalados, embora constantes da lista e os centros de saúde escola, devido ao atendimento diferenciado por sua finalidade.

O sorteio, que obedeceu ao disposto no sub-capítulo "Amostra", selecionou, de início, 51 unidades sanitárias; Todavia, acrescentamos mais uma do tipo II, porque um dos centros de saúde desse tipo, sorteado, apresentava um número de inscrições menor que a parcela da amostra para ele pre

sumida, acontecendo o mesmo com o segundo centro deste tipo, da Regional, que só possuía os dois. Assim, sendo, optamos pelo acréscimo em vez da substituição.

No decorrer do levantamento outras substituições e acréscimos se fizeram necessários:

- acréscimo de 1 unidade tipo III para complementar o tamanho da amostra nesta classe;
- substituição de 3 unidades, tipo IV, por não apresentarem, na seleção, nenhum atendimento de gestantes;
- substituição de 28 unidades tipo V: 3 foram substituídas após a visita da auxiliar de levantamento, pois esses centros também não atendiam gestantes e não possuíam telefone para confirmar, previamente, a existência desse atendimento;
- 25 unidades foram eliminadas em virtude das ocorrências acima relatadas, não apresentando um número de inscrições, pelo menos no limite de segurança para a amostragem, número que consideramos indicado a partir de 24. Número menor poderia ocasionar perda do tempo disponível e encarecimento do processo.

Relacionamos nos Quadros , , , e todas as unidades sanitárias sorteadas, inclusive as que comparecem como complementares, com os números recebidos no sorteio, e a discriminação dos Distritos Sanitários e Regionais a que pertencem.

3.3 Seleção e treinamento das auxiliares do levantamento:

Passamos, então, à seleção das auxiliares do levantamento. Embora houvesse bastante desigualdade na sua formação básica - 5 eram alunas do 4º ano do Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem-Escola Paulista de Medicina e 3 a

sumida, acontecendo o mesmo com o segundo centro deste tipo, da Regional, que só possuía os dois. Assim sendo, optamos pelo acréscimo em vez da substituição.

No decorrer do levantamento outras substituições e acréscimos se fizeram necessárias:

- acréscimo de 1 unidade tipo III para complementar o tamanho da amostra nesta classe;
- substituição de 3 unidades, tipo IV, por não apresentarem, na seleção, nenhum atendimento de gestantes;
- substituição de 28 unidades tipo V: 3 foram após a visita da auxiliar de levantamento, pois esses centros também não atendiam gestantes e não possuíam telefone para confirmar, previamente, a existência desse atendimento;

25 unidades foram eliminadas em virtude das ocorrências acima relatadas, não apresentando um número de inscrições, pelo menos no limite de segurança para a amostragem, número que consideramos indicado a partir de 24. Número menor poderia ocasionar perda do tempo disponível e encarecimento do processo.

Relacionamos nos Quadros 2,3,4,5 e 6 todas as unidades sanitárias sorteadas, inclusive as que comparecem como complementares, com os números recebidos no sorteio, e a discriminação dos Distritos Sanitários e Regionais a que pertencem.

3.3 Seleção e treinamento das auxiliares do levantamento:

Passamos, então, à seleção das auxiliares do levantamento. Embora houvesse bastante desigualdade na sua formação básica - cinco eram alunas do quarto ano do Curso de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem e três eram a

lunas da oitava série do 1º grau, no Colégio Portugal - decidimos pelo aproveitamento de todas, considerando que os dados a serem coletados eram secundários na sua maioria e sua ação seria de natureza bastante mecânica; por outro lado, os dados primários a serem levantados nos centros de saúde eram simples, não demandando especialização alguma para se obtê-los.

A equipe de auxiliares recebeu 2 horas de orientação inicial, quando foram discutidas as informações escritas (Anexo V) que lhes eram entregues juntamente com o material necessário para o levantamento; essa orientação constituiu-se dos esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa, a técnica de abordagem nos centros de saúde e o preenchimento dos modelos. Como era de esperar-se as alunas do Curso de Enfermagem demandaram menos tempo de treinamento que as colegiais, em virtude de já estarem mais familiarizadas com o assunto e com os termos do levantamento.

A cada auxiliar foram atribuídas 7(sete)unidades sanitárias para a coleta de dados e o levantamento nos centros de saúde teve início no dia 30 de outubro. Ao chegarem à unidade, as auxiliares apresentaram-se ao médico diretor ou ao seu substituto, explicaram o motivo da visita, comprovando a autorização para o levantamento mediante a entrega da carta do Diretor do DRS-1, cuja cópia consta no Anexo VI e solicitaram a sua colaboração para o preenchimento da Ficha 1.

3.4 Técnica de seleção das fichas:

A seguir procederam ao preenchimento da Ficha 2 de acordo com a técnica recomendada.

Considerando que o número total das inscrições nos centros de saúde, de janeiro a junho de 1979, de acordo com os boletins de produção desses centros arquivados no

DRS-1, era de 13.328 gestantes, foi necessário optarmos não só pela amostragem em relação ao número de tipo de centros de saúde, como já foi referido antes, mas também com referência ao número de fichas existentes nos centros de saúde sorteados, pois não poderíamos devido às limitações existentes, levantar todos os dados de todas elas.

A técnica que decidimos utilizar para a seleção das fichas, relatamos a seguir.

Como ponto de partida adotamos o processo descrito em "Comunicação sobre Estudos de Morbidade"*, aconselhável, no presente trabalho, por ser de fácil utilização por pessoal não especializado. Contamos, como era indicado no modelo adotado, com as fichas de registro de dados relacionados às consultas, agrupadas no "Prontuário" das clientes, estes no Fichário Geral em ordem numérica e com a Ficha de Controle de cada gestante, arquivada em fichário à parte obedecendo ordem alfabética.

A sequência dos procedimentos para a seleção das fichas foi do seguinte modo:

- 3.4.1. localização das fichas de controle no fichário e separação daquelas utilizadas em 1979, mesmo que a inscrição tivesse sido feita em 1978;
- 3.4.2. contagem de todas as fichas de gestantes atendidas em 1979 para a primeira consulta médica, a começar da primeira, atendida no dia 1º de janeiro até a última atendida no dia 30 de setembro. Não adotamos o expediente de contar somente 1/4 aproximado das fichas contidas na 1ª gaveta porque verificamos ser necessário fazer o levantamento

* Fundação Serviços de Saúde Pública - MS Comunicação sobre Estudos de Morbidade, 1970 (mimeografado).

de todas as gestantes inscritas, com toda a precisão possível, examinando todos os possíveis locais de acondicionamento de fichas, para não deixarmos de registrar nenhuma das porventura existentes. A razão motivante foi a verificação de que os dados disponíveis com referência às gestantes inscritas nos centros de saúde até junho certamente seriam submetidos a revisão pelo nível departamental, sendo, portanto, sujeitos a correção, até mesmo aqueles registrados em livros onde a contagem poderia apresentar alguma discrepância. A verificação a que nos referimos ocorreu quando se evidenciou o problema retro citado da não concordância dos dados encontrados nos centros de saúde com os dados registrados nos boletins de produção.

Alguns dos centros de saúde sorteados não mais apresentavam atendimento de gestantes; outros só atendiam gestantes à tarde, pelo CIAM (que não podiam ser incluídos no levantamento, restrito este às unidades da rede do DRS-1) e outros, enfim, apresentavam um atendimento tão diminuto que não chegava nem ao tamanho da amostra - a qual variava de 6 a 75 na dependência do tipo de centro de saúde, da frequência de cada tipo na amostra e da Regional em que se localizavam os centros de saúde.

Além destes, outro problema foi verificado; algumas auxiliares do levantamento registraram somente as inscrições de janeiro a junho e outras, as de junho a outubro, contrariando a instrução específica que lhes havia sido transmitida para registrarem todas as inscrições de 1º de janeiro a 30 de outubro.

Diante destes problemas decidimos, ao terceiro dia de trabalho, recomeçar o levantamento com as

seguintes modificações:

- contar todas as fichas existentes, como dito acima;
- se o número de fichas contado permitisse a consideração de um intervalo, este seria calculado e observado; se isto não fosse possível, far-se-ia um censo de todas as gestantes inscritas.

Para aplicar estas medidas, a toda a amostra unificando o processo, determinamos voltar às unidades onde os problemas haviam ocorrido e, por isto, registramos 14 retornos a 9 centros de saúde.

- 3.4.3. Contadas todas as fichas de controle existentes, dividimos o número total pelo número equivalente ao tamanho da amostra, para o centro de saúde em apreço, obtendo, assim, o intervalo a ser observado, de uma ficha para outra.
- 3.4.4. Sorteamos, então, a primeira ficha; se possuísse todos os dados necessários eram eles registrados na Ficha 2, de coleta de dados; passávamos à segunda depois de contado o intervalo a observar-se. Quando a primeira ficha sorteada não possuía qualquer dos dados procurados era desprezada e tomávamos a imediata até encontrar uma com os dados requeridos que eram coletados. Contávamos o intervalo e pegávamos a segunda ficha da amostra que era considerada quando possuía os dados ou desprezada quando os não possuía. Este processo foi repetido precisamente até o fim do fichário completo, pois a amostra deveria estar distribuída igualmente por todo o fichário.
- 3.4.5. Caso não fosse obtido o número necessário de fichas ao chegarmos ao fim do fichário, procedíamos de conformidade com a técnica que manda con

siderar como início do intervalo as fichas contidas no fim do fichário e completar esse intervalo com o número indicado de fichas, no início do fichário, ao qual se volta e continua-se a contagem até completar-se a amostra prevista.

Cada ficha sorteada que continha os dados procurados foi utilizada, colhendo e lançando no modelo próprio - a Ficha 2 - os seguintes dados:

- número de inscrição;
- data da última menstruação ou idade da gestação;
- data da inscrição;
- data da primeira consulta médica.

No dia 23 de novembro terminamos a coleta de dados nos centros de saúde. Em alguns deles, devido à pequena quantidade de inscrições, o tempo gasto entre a localização das fichas e prontuários e o registro dos dados de interesse para estudo, foi de aproximadamente 2 horas. Nas unidades maiores, tipo I e II, foi necessário dispendir um tempo que variou de 6 a 8 horas; entretanto, apesar da baixa classificação, num dos centros de saúde tipo IV, só conseguimos organizar o fichário e terminar o levantamento após três retornos e, no último destes, com um trabalho contínuo de 9 horas.

Houve poucas dificuldades de ordem técnica em campo, superadas por meio de entendimentos telefônicos. Os ajustes das auxiliares de levantamento foram feitos diariamente com as colegiais, pessoalmente, em virtude da proximidade das suas residências. Quanto às alunas do Curso de Enfermagem mantivemos com elas, no início, uma comunicação por telefone, diária, e pessoal, a cada três dias, para controle das possíveis dificuldades. Deu-se uma exceção no 3º dia, quando foi necessário transmitir-lhes a modificação do processo de coleta dos dados. Não houve problemas

com o grupo.

Algumas dificuldades de natureza administrativa foram registradas no decorrer do inquérito de campo:

- em algumas unidades a visita das auxiliares do levantamento coincidiu com a realização de campanha de vacinação e nestes casos, tivemos de suspender a visita e voltar no dia seguinte; esta volta, porém, não foi computada como retorno, mas tida em conta de imprevistos não significativos;
- houve dificuldades de comunicação apenas em 6 centros de saúde, sendo que em um destes o trabalho foi um tanto bloqueado; todavia, contamos sempre com extrema compreensão e boa vontade, especialmente da Diretoria do DRS-1, assim como das Regionais e Distritos Sanitários, o que contribuiu para a solução satisfatória e imediata de todos os problemas surgidos e para a rapidez com que foi realizado o levantamento.

3.5 Processamento dos dados:

Imediatamente após a coleta dos dados, foi iniciada a sua computação.

Na primeira fase, calculamos as idades gestacionais a partir da data da última menstruação registrada, uniformizando os dados e transformando todos em meses de gestação.

Em seguida, quantificamos as inscrições havidas em cada centro de saúde, segundo os meses do ano, de janeiro a setembro e efetuando a somatória de todos os meses.

Fizemos, a seguir, a contagem, em dias, do tempo de espera de cada gestante incluída na amostra do centro de saúde.

de, considerando o tempo decorrido entre a data da sua inscrição e a da sua primeira consulta médica.

Como dados básicos, colhidos nos centros de saúde com_{putamos} para utilização posterior:

- a) o tempo de espera, que foi lançado num quadro es
truturado para este fim, com o objetivo de permi
tir a identificação e a comprovação da correlação
entre ele e algumas variáveis independentes, confor
me se vê no Anexo IV.
- b) o número de gestantes inscritas, incluídas na amos
tra, computado segundo o trimestre da gestação, a
presentado nas Tabelas 9,10,11 e 12.
- c) a idade gestacional das gestantes da amostra da
qual calculamos a média e apresentamos no Quadro
36 segundo os centros de saúde da amostra e as Re
gionais em que se localizam;
- d) o volume de gestantes inscritas, de janeiro a setem
bro, apresentado nas Tabelas de 9 a 12 por cen
tro de saúde selecionado, segundo as Regionais.
- e) a disponibilidade dos instrumentos nucleares: hora/
médico, hora/enfermeira e hora/obstetiz, com a dis
criminação da sua atuação no Setor de Saúde Mater
na, conforme os Quadros 15, 16, 17 e 18.
- f) a modalidade de atendimento das gestantes visando
seu encaminhamento para a primeira consulta médica
no pré-natal dos centros de saúde, conforme as Ta
belas 13,14 , 15 e 16.

Concomitantemente ao levantamento de dados nas unida
des sanitárias, buscamos em outras fontes, outras informa
ções necessárias para a identificação e caracterização de
algumas variáveis independentes, como o volume de gestan-

tes esperadas para a área programática dos centros de saúde da amostra, uma vez que, somente para 17 deles, estavam disponíveis estes dados.

Considerando, porém, a necessidade de uniformização dos dados básicos imprescindíveis para investigar-se a correlação das variáveis, decidimos não utilizar aqueles referentes aos 17 centros acima referidos, mas levantar as informações requeridas sobre as gestantes esperadas para todas as unidades sanitárias focalizadas no levantamento.

Do SEADE - SEPLAN obtivemos a população geral estimada para 1978, para a Grande São Paulo e o município de São Paulo.

Numa tentativa de quantificarmos a população feminina em idade fértil estimada para 1978, em São Paulo, colhemos informações também no CIS e na FIBGE. Como ^{não} dispúnhamos dos índices de natalidade e natimortalidade do Estado de São Paulo para 1978, conseguimos do SEADE, uma relação dos nascidos vivos e dos natimortos no ano de 1978 em todas as áreas geográficas dos centros de saúde da amostra.

Em vista disto, para o cálculo da população de gestantes esperadas para as áreas geográficas dos centros de saúde de interesse deste estudo, de conformidade com a orientação recebida da Disciplina de Saúde Materna, da Faculdade de Saúde Pública da USP, consideramos:

- o número de nascidos vivos, mais
- o número de natimortos, menos
- o percentual (1%) correspondente aos partos gemelares esperados.

Aos totais obtidos não acrescentamos a taxa de crescimento vegetativo por julgarmos que ela já se encontra inclusa no volume dos nascidos vivos e mortos. Esses totais foram utilizados para o cálculo das gestantes esperadas pa

ra as áreas programáticas dos centros de saúde da amostra.

Para distribuição nessas áreas programáticas, das gestantes quantificadas nas áreas geográficas desses centros de saúde, adotamos o seguinte processo:

- Aos centros de saúde atribuímos pesos invertidos em relação à sua classificação, isto é:
 - . ao tipo I demos peso 5;
 - . ao tipo II, peso 4;
 - . ao tipo III, peso 3;
 - . ao tipo IV, peso 2;
 - . ao tipo V, peso 1.
- A seguir, verificamos se na área geográfica estudada havia outra(s) unidades(s) da rede do DRS-1 e a ceitamos as seguintes possibilidades:
 - 1º - não existiam outras unidades; neste caso o pe so do centro de saúde era 1, não importando sua classificação e o número de gestantes espera das para a sua área programática* era idêntico ao da sua área geográfica**;
 - 2º - existiam outras unidades sanitárias da rede do DRS-1, na área geográfica do centro de saúde. Neste caso, identificávamos todas essas unida des, segundo sua classificação na SES e lhes a tribu ímos os pesos arbitrados para o tipo de centro de saúde respectivo. A seguir, somá va

* Área programática é aquela considerada para a cobertura da assistência de saúde a ser prestada, delimitada pe los poderes sanitários competentes e indicada nas pró gramações existentes.

** Área geográfica é aquela definida pelos poderes admi nistrativos do município do Estado, indicada em mapas e documentos oficiais.

mos todos os pesos das unidades sanitárias identificadas e, por este total, dividíamos o número de gestantes esperadas para a área geográfica dessas unidades. O resultado desta operação consideramos como o número de gestantes elementar, de peso 1, o tipo V, se houvesse algum; para os centros de saúde de outros tipos, multiplicávamos o seu peso pelo número de gestantes atribuído ao tipo V.

Com a finalidade de ilustrar esse processo descrevemos, a seguir, um exemplo:

- numa dada área geográfica, o tipo de centro de saúde, nº x da amostra, era do tipo I, portanto com o peso 5;
- na mesma área geográfica, identificavam-se mais unidades sanitárias da rede do DRS-1 cujos pesos somados, juntamente com o do centro de saúde selecionado, perfaziam um total de 15;
- o número de gestantes esperadas para a área geográfica dessas unidades era de 20.281;
- este número, dividido por 15, resultava em 1.352, número equivalente ao das gestantes esperadas para a área programática de um centro de saúde mais simplificado, o tipo V, se aí houvesse algum, devendo atender, teoricamente, à menor parcela da população;
- como o centro de saúde da amostra tem o peso 5, por ser do tipo I, o número de gestantes para a sua área programática será: $1.352 \times 5 = 6.761$, portanto, a maior parcela das gestantes esperadas, devendo estar adequadamente equipado para isto.

De acordo com este processo, calculamos as gestantes esperadas para todas as áreas programáticas dos centros de saúde incluídos na amostra.

Em seguida, considerando as metas para a cobertura das

gestantes esperadas, determinadas pela C.S.C., de acordo com as informações colhidas no Nível Central desta Coordenadoria, estimamos as gestantes centro dependentes, isto é, a porcentagem de gestantes esperadas para a área que se planejou serem atendidas em 1979 pelos centros de saúde selecionados. Esta porcentagem, entretanto, foi relativa a 9 meses uma vez que tivemos de delimitar o período do nosso estudo, de 1º de janeiro a 30 de setembro, em virtude da restrição advinda da não disponibilidade de dados dos meses de outubro e novembro.

Consideramos o processo descrito acima para cálculo das gestantes esperadas como um dos mais lógicos que foi possível encontrar, tendo em vista que, nas áreas geográficas onde só há uma unidade do DRS-1, deve ela atender teoricamente toda a demanda ou volume de gestantes previstas para cobertura. Por outro lado, havendo outras unidades sanitárias a demanda ou a previsão de cobertura deve ser distribuída proporcionalmente ao grau de complexidade do centro de saúde.

Em se tratando de um estudo personalizado, o critério que adotamos para valorização das unidades, visando a distribuição da clientela, foi arbitrário, não importando, evidentemente, na obrigatoriedade da sua aceitação pelos serviços focalizados nem em crítica ao processo adotado por esses serviços cujo procedimento não nos foi possível conhecer.

VII - RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. VARIÁVEL DEPENDENTE

Para efeito do estudo das associações possíveis da variável dependente "tempo de espera para consulta" decidimos a presentá-la sempre expressa em dias, mas em dois tempos, sendo em cada um deles sob forma diversa: no primeiro tempo utilizamos para a análise e discussão do fenômeno tempo de espera em si, a forma tabular em que o tempo de espera foi dicotomizado em menor que 7 dias (< 7 dias) e maior que 7 dias (> 7 dias).

No segundo tempo a apresentação da variável dependente foi feita em gráficos e tabelas e para efeito de estudo das associações foi expressa em dias distribuídos em classes em decorrência da sua apresentação variável e irregular.

Passemos aos resultados e às discussões em primeiro tempo.

Reportando-se a *Cíari*^{16,18} vemos que se pode medir indiretamente a qualidade de um Serviço de Saúde Materna por meio do conhecimento e análise da produção de algumas de suas atividades básicas visando à apreciação do equilíbrio entre o seu número e a sua qualidade.

Segundo expõe *Ramos*⁵⁵ é importante saber-se o grau em que se levou a cabo uma atividade programada, porém esta atividade só alcançará o objetivo desejado se a qualidade prevista for conseguida.

Assim é que o tempo de espera para a realização da primeira consulta médica das gestantes inscritas nos centros de saúde amostrados do DRS-1 para controle pré-natal, pode ser conhecido quanto à sua existência ou não existência e, sendo um evento quantificável, pode ser medido. Este conhecimento em si teria um valor bastante restrito e provavelmente pouco elucidativo quanto à situação do serviço, em termos de seus problemas programáticos quantitativos e qualitativos. Entretanto, o estudo desse evento pode ser utilizado como uma medida da qualida-

de da assistência prestada a essas gestantes, se for analisado tendo em vista suas possíveis associações com alguns atributos da consulta médica que escolhemos como foco por ser, conforme *Ciari*¹⁶, a ação por excelência entre o elenco de atividades de senvolvidas para o controle da saúde da gestante.

Diante da importância da complementação da quantidade pela qualidade, decidimos expor nossos achados sobre o fenômeno "tempo de espera de gestantes para a primeira consulta médica no pré-natal" e suas características, em comparação com outros a ele interligados, considerando a possibilidade de se descortinar o aspecto elucidativo destas comparações em relação à qualidade dos serviços em apreço.

De acordo com esta ordem de idéias relatamos os resultados obtidos quanto ao tempo de espera salientando os seguintes aspectos:

- estado existencial do tempo de espera nos Centros de Saúde da população amostral;
- caracterização desse tempo de espera quanto a:
 - . grandeza
 - . distribuição
 - . correlação

1.1 Estado existencial do tempo de espera

O tempo de espera de gestantes para a primeira consulta médica no pré-natal, foi estudado em 56 das 194 Unidades Sanitárias do DRS-1 relacionadas para a amostragem e agrupadas após o sorteio, conforme os Quadros 1,2,3,4 e 5 apresendos no Capítulo VI.

Nessas 56 Unidades Sanitárias, dentre as 8.756 gestantes inscritas no pré-natal, de janeiro a setembro de 1979 isolamos para estudo, também pelo processo de amostragem, cujo procedimento foi descrito no capítulo retro citado, 1.795 gestantes que representaram, portanto, aproximadamente 20%

da população amostral. A razão porque aumentamos esta amostra acha-se exposta quando falamos especificamente sobre o assunto, à página 65.

O tempo de espera identificado em relação à primeira consulta médica destas 1.795 gestantes, foi medido e apresentado, segundo o trimestre em que foram feitas as inscrições, os tipos dos centros de saúde sorteados e as Regionais em que se localizavam estes centros nas Tabelas 5, 6, 7 e 8.

Respondendo às questões colocadas ao definirmos a variável dependente neste estudo, temos a seguinte situação:

- o tempo de espera "aceitável", isto é, aquele que se mantém dentro do parâmetro de normalidade - 0 a 7 dias de intervalo entre a inscrição e a primeira consulta médica - apresenta uma grandeza bastante significativa, nunca inferior a 79% indo até a 96,51% do total de inscrições conforme se vê nas Tabelas 5, 6, 7 e 8.
- foi sempre maior que o não aceitável, isto é, aquele que ultrapassou de 7 dias o intervalo paramétrico da normalidade, nas 4 Regionais do DRS-1, e nestas Regionais, também assim se comportou na maioria dos 56 centros de saúde da amostra.

1.2 Grandeza e distribuição do tempo de espera.

Para uma apreciação melhor do comportamento do fenômeno, vejamos sua quantificação e distribuição pelos centros de saúde amostrais, segundo as Regionais.

Por estes resultados (Tabela 5) podemos constatar que o tempo de espera aceitável na R.1.1 foi relativo a 194 gestantes que representam 81,85% das 237 incluídas na amostra, com 0 (zero) dias, isto é, sem espera para a primeira consulta.

O tempo de espera não aceitável, nesta Regional, ligou-

TABELA 5 - Tempo de espera para a primeira consulta médica da população amostrada inscrita no pré-natal dos centros de saúde do DRS-1, SP, segundo o trimestre da gestação, a Regional e o tipo do centro de saúde. SP, 1979.

R.1.1

CENTRO DE SAÚDE		1º TRIMESTRE								2º TRIMESTRE								3º TRIMESTRE								TOTAL							
		<7 dias				>7 dias				<7 dias				>7 dias				<7 dias				>7 dias				<7 dias				>7 dias			
		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS		GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	
CLASSIFICAÇÃO	Nº NA PESQUISA	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS	Nº	%	TEMPO ESP. DIAS		
I	1	10	23,80	2	13	30,95	33	4	9,52	3	8	19,04	35	2	4,76	1	5	11,90	35	16	38,09	2	26	61,90	34								
II	22	7	18,42	0	3	7,89	39	15	39,47	0	5	13,15	18	8	21,05	0	-	-	-	30	78,94	0	8	21,08	26								
III	23	15	29,41	0	1	1,96	25	26	50,98	0	-	-	-	9	17,64	0	-	-	-	50	98,03	0	1	1,96	25								
III	34	10	31,25	0	-	-	-	12	37,50	0	-	-	-	10	31,25	0	-	-	-	32	100,00	0	-	-	-								
III	35	17	38,63	0	-	-	-	26	59,09	0	-	-	-	1	2,27	0	-	-	-	44	100,00	0	-	-	-								
V	75	6	37,50	0	-	-	-	10	62,50	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	100,00	0	-	-	-								
V	81	2	14,28	0	6	42,85	61	1	7,14	0	2	14,28	3	3	21,42	1	-	-	-	6	42,55	0	8	57,14	47								
TOTAL		67	28,27	0	23	9,70	41	94	39,66	0	15	6,33	25	33	13,92	0	5	2,11	35	194	81,85	0	43	18,14	35								

se a 43 gestantes, apenas 18,14% do total, com uma média de 35 dias de intervalo para a primeira consulta médica. Esta ocorrência verificou-se em 3 das 7 unidades da amostra e as sim se distribuiu:

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
23 gestantes 53,49% com 41 dias de espera	15 gestantes 34,88% com 25 dias de espera	5 gestantes 11,63% com 35 dias de espera

Na R.1.2 (Tabela 6) o total de gestantes incluídas na amostra foi de 621 .

Destas, 492 gestantes, 79,23% do total, não sofreram um tempo de espera anormal, sendo que 274 ou sejam 44,12% não tiveram espera alguma e 218, isto é, 35,10% tiveram uma espera de 2 dias em média, apenas.

Em contraposição, foi nesta Regional onde se verificou o maior número de gestantes com tempo de espera não aceitável: 20,77% que em números absolutos corresponde a 129 gestantes com a média de 25 dias de espera assim distribuídos:

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
48 gestantes 7,73% com 29 dias de espera	68 gestantes 10,95% com 21 dias de espera	13 gestantes 2,09% com 30 dias de espera

Esta anormalidade ocorreu em 13 das 16 unidades da Regional sendo que em uma delas atingiu, 79,60% das gestantes inscritas, numa outra, 55,56% e numa terceira, 25,0%. Nas demais o número de gestantes envolvidas decresceu, mas o tempo de espera foi bastante grande, chegando até a 70 dias num dos centros estudados, conforme se vê na Tabela 6 apresen

TABELA 6 - Tempo de espera para a primeira consulta médica da população a mostrada inscrita no pré-natal dos centros de saúde do DRS-1, SP, segundo o trimestre da gestação, a Regional e o tipo do centro de saúde. SP, 1979.

CENTRO DE SAÚDE		1º TRIMESTRE						2º TRIMESTRE						3º TRIMESTRE						TOTAL					
		< 7 dias			> 7 dias			< 7 dias			> 7 dias			< 7 dias			> 7 dias			< 7 dias			> 7 dias		
CLASSIFICAÇÃO	Nº NA PESQUISA	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS
		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%	
I	5	12	30,76	2	4	10,25	19	15	38,46	1	3	7,69	11	4	10,25	1	1	2,56	8	31	79,48	1	8	20,52	15
I	8	2	4,08	3	15	30,61	30	5	10,20	2	22	44,89	22	3	6,12	2	2	4,08	28	10	20,40	2	39	79,60	25
II	24	28	37,83	0	-	-	-	33	44,59	0	2	2,70	14	11	14,86	0	-	-	-	72	97,29	0	2	2,71	14
III	36	21	48,84	2	-	-	-	17	39,53	2	-	-	-	5	11,62	3	-	-	-	43	100,00	2	-	-	-
III	40	15	23,80	0	13	20,63	27	12	19,04	0	20	31,74	31	1	1,58	2	2	3,17	30	28	44,44	0	35	55,56	29
III	41	-	-	-	1	11,11	30	7	77,77	0	-	-	-	1	11,11	0	-	-	-	8	88,88	0	1	11,12	30
IV	48	25	29,76	0	-	-	-	45	53,57	0	-	-	-	14	16,66	0	-	-	-	84	100,00	0	-	-	-
IV	50	3	10,71	0	1	3,57	31	13	46,42	0	-	-	-	8	28,57	0	3	10,71	10	24	85,71	0	4	14,29	15
IV	53	9	25,00	1	4	11,11	13	18	50,00	1	1	2,77	60	2	5,55	0	2	15,00	30	29	80,55	0	7	19,45	25
V	84	28	26,92	4	7	6,73	23	45	43,26	3	15	14,42	9	8	7,69	4	1	0,96	8	81	77,88	3	23	22,12	15
V	85	4	25,00	0	1	6,25	120	6	37,50	1	1	6,25	20	4	25,00	1	-	-	-	14	87,50	0	2	12,50	70
V	87	3	27,27	0	-	-	-	6	54,54	0	-	-	-	1	0,09	0	1	9,09	26	10	90,91	0	1	9,09	26
V	102	5	35,71	0	-	-	-	6	42,85	1	2	14,28	17	1	7,14	0	-	-	-	12	85,72	0	2	14,28	9
V	107	10	34,48	0	-	-	-	12	41,37	0	1	3,44	9	6	20,68	0	-	-	-	28	96,56	0	1	3,44	9
V	112	2	22,22	0	-	-	-	4	44,44	0	-	-	-	3	33,33	0	-	-	-	9	100,00	0	-	-	-
V	115	6	50,00	2	2	8,33	57	3	25,00	2	1	8,33	10	-	-	-	1	8,33	68	9	75,00	0	4	25,00	48
TOTAL		173	27,90	1	48	7,74	29	247	39,84	1	68	10,94	23	72	11,61	1	13	2,10	24	492	79,35	2	129	20,65	48

tada.

Outras características interligadas a este fenômeno serão expostas e discutidas em separado por apresentarem as pecto que assumem importância, dada a gravidade de sua influência.

Das 201 gestantes estudadas, (Tabela 7) a quase totalidade, 194, equivalendo portanto a 96,51%, não teve tempo de espera, conseguindo a consulta médica no mesmo dia em que se inscreveu, na R.1.3.

Somente 7 gestantes, 3,48% do total, apresentaram 42 dias de espera em média, sendo que esta espera concentrou-se no 1º trimestre em que 2 gestantes tiveram um intervalo bastante grande, 27 dias em média e 5, no 2º trimestre, com 48 dias em média.

Esse tempo de espera diluiu-se por 7 centros de saúde, atingindo 2 gestantes em 2 deles e 1 gestante nos demais; contudo a espera foi de 11 dias a 69, em média, o que é um intervalo absurdo, nestas circunstâncias.

A R.1.3 foi a Regional em que o tempo de espera aceitável relacionou-se ao maior número de gestantes, 96,51%, sendo, portanto, em média o menor tempo de espera, (Tabela 7).

R.1.4, (Tabela 8) Em virtude da sua grande abrangência física e do número de unidades que a compõem, esta Regional teve o maior número de gestantes inscritas: 736.

A não espera aqui, foi a segunda em grandeza, relacionando-se a 702 gestantes, 95,38% do total. Embora num dos centros de saúde tivesse havido 63 gestantes com um tempo médio de 3 dias de espera e, num outro, 12 gestantes apresentassem 6 dias de intervalo até à primeira consulta médica, esse tempo diluiu-se entre as 23 unidades da Regional e resultou em 0 (zero) dias.

4,62% das gestantes da Regional, 34 ao todo tiveram um

TABELA 7 - Tempo de espera para a primeira consulta médica da população amos-
trada inscrita no pré-natal dos centros de saúde do DRS-1, SP, se-
gundo o trimestre da gestação, a Regional e o tipo do centro de
saúde. SP, 1979.

R.1.3

CENTRO DE SAÚDE		1º TRIMESTRE						2º TRIMESTRE						3º TRIMESTRE						TOTAL					
		<7 dias			>7 dias			<7 dias			>7 dias			<7 dias			>7 dias			<7 dias			>7 dias		
CLASSIFICAÇÃO	Nº NA PESQUISA	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP. DIAS
SES		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%	
I	12	13	34,21	0	-	-	-	22	57,89	0	-	-	-	3	7,89	0	-	-	-	38	100,00	0	-	-	-
I	13	15	39,97	0	-	-	-	14	36,84	0	2	5,26	69	7	18,42	0	-	-	-	34	94,73	0	2	5,26	69
II	28	2	12,50	0	-	-	-	11	68,75	0	-	-	-	3	18,75	0	-	-	-	16	100,00	0	-	-	-
III	43	13	20,63	0	2	3,27	27	39	61,90	0	-	-	-	9	14,28	1	-	-	-	61	96,83	0	2	3,17	27
IV	57	4	36,36	0	-	-	-	5	45,45	0	-	-	-	2	18,18	0	-	-	-	11	100,00	0	-	-	-
V	118	3	50,00	0	-	-	-	-	-	-	1	16,66	11	2	-	1	-	-	-	5	83,34	0	1	16,66	11
V	119	3	60,00	0	-	-	-	2	40,00	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,00	0	-	-	-
V	120	1	16,66	0	-	-	-	2	33,33	0	1	16,66	31	2	33,33	1	-	-	-	5	83,34	0	1	16,66	31
V	132	3	50,00	0	-	-	-	3	50,00	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100,00	0	-	-	-
V	135	-	-	-	-	-	-	10	83,33	0	1	8,33	58	1	8,33	0	-	-	-	11	91,67	0	1	8,33	58
TOTAL	201	57	28,36	0	2	1,00	27	108	53,73	0	5	23,81	48	29	14,43	0	-	-	-	194	96,51	0	7	3,48	42

TABELA 8 - Tempo de espera para a primeira consulta médica da população amos-
trada inscrita no pré-natal dos centros de saúde do DRS-1, SP, se-
gundo o trimestre da gestação, a Regional e o tipo do centro de
saúde. SP, 1979.

R.1.4

CENTRO DE SAÚDE		1º TRIMESTRE						2º TRIMESTRE						3º TRIMESTRE						TOTAL					
		<7 dias				>7 dias		<7 dias				>7 dias		<7 dias				>7 dias		<7 dias				>7 dias	
		CLASSIFICAÇÃO	Nº NA PESQUISA	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP.	DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP.	DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP.	DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP.	DIAS	GESTANTES		MÉDIA TEMPO ESP.	DIAS	GESTANTES	
Nº	%			Nº	%	Nº		%	Nº	%		Nº	%	Nº		%	Nº	%		Nº	%	Nº		%	Nº
I	17	18	46,15	0	-	-	-	27	43,58	0	-	-	-	4	10,25	0	-	-	-	39	100,00	0	-	-	-
I	21	8	20,00	0	-	-	-	23	57,50	0	-	-	-	9	22,50	0	-	-	-	40	100,00	0	-	-	-
II	29	16	20,77	1	5	6,49	25	38	49,35	1	6	7,79	20	9	11,68	1	3	3,09	23	63	81,81	3	14	18,18	68
II	30	29	56,86	0	-	-	-	21	41,17	0	-	-	-	1	1,96	0	-	-	-	51	100,00	0	-	-	-
III	45	15	32,60	0	-	-	-	22	47,82	0	5	10,86	9	4	8,69	0	-	-	-	41	89,13	0	5	10,86	9
III	46	10	28,57	0	-	-	-	24	68,57	0	-	-	-	1	2,85	0	-	-	-	35	100,00	0	-	-	-
IV	58	11	26,82	0	-	-	-	23	56,09	0	-	-	-	7	17,07	0	-	-	-	41	100,00	0	-	-	-
IV	59	6	25,00	0	-	-	-	16	66,66	0	-	-	-	2	8,33	0	-	-	-	24	100,00	0	-	-	-
IV	67	3	25,00	0	2	16,66	62	5	41,66	0	-	-	-	1	8,33	0	1	8,33	30	9	75,00	0	3	25,00	92
IV	69	1	11,11	0	-	-	-	7	77,77	0	1	11,11	102	-	-	-	-	-	-	8	88,88	0	1	11,11	102
IV	70	7	20,00	0	-	-	-	24	68,57	0	-	-	-	4	11,42	0	-	-	-	35	100,00	0	-	-	-
IV	72	13	21,66	0	-	-	-	34	58,33	0	-	-	-	12	20,00	0	-	-	-	60	100,00	0	-	-	-
V	142	24	38,09	0	-	-	-	29	46,03	0	-	-	-	10	15,87	0	-	-	-	63	100,00	0	-	-	-
V	148	17	32,07	0	-	-	-	24	45,28	0	1	1,88	18	10	18,86	0	1	1,88	39	51	96,22	0	2	3,77	57
V	149	3	20,00	0	-	-	-	9	60,00	0	-	-	-	3	20,00	0	-	-	-	15	100,00	0	-	-	-
V	150	4	30,76	0	-	-	-	7	53,84	0	-	-	-	2	15,38	0	-	-	-	13	100,00	0	-	-	-
V	158	5	41,66	0	-	-	-	7	58,33	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	100,00	0	-	-	-
V	159	9	50,00	0	-	-	-	7	38,88	0	-	-	-	2	11,11	0	-	-	-	18	100,00	0	-	-	-
V	163	2	33,33	0	-	-	-	1	16,66	0	-	-	-	2	33,33	0	1	16,66	21	5	83,33	0	1	16,66	21
V	186	14	40,00	0	-	-	-	16	45,71	0	-	-	-	5	14,28	1	-	-	-	35	100,00	1	-	-	-
V	187	11	30,55	1	-	-	-	9	25,00	0	5	13,88	39	10	27,27	0	1	2,77	37	30	83,33	1	6	16,66	76
V	193	3	23,07	1	-	-	-	7	53,84	2	-	-	-	2	15,38	3	1	7,69	23	12	92,30	6	1	7,70	23
V	194	-	-	-	-	-	-	1	33,33	0	1	33,33	27	1	33,33	0	-	-	-	2	66,66	0	1	33,33	27
TOTAL		229	31,11	0	7	0,96	36	408	55,43	0	19	21,00	405	101	13,72	0	8	1,09	27	702	95,38	0	34	4,62	59

tempo de espera não aceitável de 59 dias em média com a seguinte distribuição:

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
7 gestantes 20,59% com 36 dias de espera	19 gestantes 55,88% com 26 dias de espera	8 gestantes 23,53% com 27 dias de espera

O comportamento da variável dependente quanto à distribuição de suas grandezas apresenta alguns aspectos estranhos.

Não discutiremos ainda as possíveis conclusões a que se poderia chegar em relação à qualidade de um serviço condicionado por existência ou não existência do tempo de espera, e por seu tamanho. Vamos nos ater, por ora, somente ao aspecto da sua distribuição. Numa Regional essa distribuição toma, por vezes, configuração bastante estranhável, como ilustra o Quadro seguinte:

QUADRO 6 - Configuração do tempo de espera para a primeira consulta médica de algumas gestantes da amostra segundo a Regional, o número do centro de saúde na pesquisa e o intervalo paramétrico. SP, 1979.

Regional	Classificação do CS na SES	Nº do CS na pesquisa	Tempo espera < 7 dias			Tempo espera > 7 dias		
			Gestantes		Média em dias	Gestantes		Média em dias
			Nº	%		Nº	%	
R.1.1	II	23	50	98,03	0	1	1,96	25
R.1.2	II	24	72	97,29	0	2	2,71	14
	III	41	8	88,88	0	1	11,22	30
	V	87	10	90,91	0	1	9,09	26
	V	112	28	96,56	0	1	3,44	9
R.1.3	I	13	34	94,73	0	2	5,26	69
	III	43	61	96,83	0	2	3,17	27
	V	135	11	91,67	0	1	8,33	58
R.1.4	IV	69	8	88,88	0	1	11,11	102
	V	193	12	92,30	6	1	7,70	23

O que causa estranheza é que a constante da Regional sendo a apresentação de um tempo de espera aceitável, muitas vezes sem intervalo, aparecerem a quebrar essa tendência em algumas unidades com uma porção infima - 1 ou 2 - gestantes com um tempo de espera desrazoável até de 102 dias, como é o caso do CS nº 69, tipo IV, na R.1.1.4 incluído no quadro anterior.

Dadas as circunstâncias em que esses fenômeno se apresenta e se repete nas 4 regionais, somos levadas a conjecturar sobre a possibilidade de que essa espera, nos casos em apreço, seja condicionada tão somente a fatores ligados às clientes a eles relacionadas, uma vez que o intervalo para métrico foi o observado na grande maioria das inscrições dos centros de saúde onde se registraram essas ocorrências. Poder-se-ia questionar: por que, para a maioria absoluta das gestantes haveria condições para uma consulta médica sem demora e deixaria de haver essas mesmas condições só para um número reduzidíssimo que teria de esperar até 102 dias? Se a causa do evento se prende, como parece, a condições da própria gestante, o fato, por sua vez indica problemas bastante graves, que, entre outros, poderiam ser:

- baixa valorização do controle precoce da gestação pela clientela envolvida;
- insuficiência e/ou deficiência da educação sanitária;
- condições de atendimento questionáveis, incluindo - se aqui a dificuldade ou ausência de coordenação com outros setores assistenciais para encaminhamento à assistência ao parto;
- dificuldades da acessibilidade geográfica e/ou econômica.

Em algumas unidades sanitárias da amostra, entretanto, o comportamento da variável dependente foi bastante diferente do exposto até aqui, como podemos ver pelo quadro que a seguir, apresentamos.

QUADRO 6a - Configuração do tempo de espera para a primeira consulta médica de algumas gestantes da amostra segundo a Regional, o número do centro de saúde na pesquisa e o intervalo paramétrico. SP, 1979.

Regional	Classificação do CS na SES	Nº do CS na pesquisa	Tempo de espera < 7 dias			Tempo de espera > 7 dias		
			Gestantes		Média em dias	Gestantes		Média em dias
			Nº	%		Nº	%	
R.1.1	I	1	16	38,09	2	26	61,90	34
	V	81	6	42,85	0	8	57,14	47
R.1.2	I	8	10	20,40	2	39	79,60	25
	III	40	28	44,44	0	35	55,56	29
	V	84	81	77,88	3	23	22,50	13
	V	115	9	75,00	0	4	25,00	48
R.1.4	II	29	63	81,81	3	14	18,18	68
	V	187	30	83,33	1	6	16,66	76
	V	194	2	66,66	0	1	33,33	27

Nestes centros de saúde está evidenciada uma mudança de tendência em que aumenta consideravelmente a grandeza do tempo de espera não aceitável(Quadro 6a).

Pode provocar dúvidas a inclusão, no quadro acima exposto, das unidades em que a porcentagem de tempo de espera dentro do parâmetro aceitável foi maior, porém consideramos justificável o procedimento, tendo em vista que houve um número razoável de gestantes com tempo de espera bem além do normal, mesmo em se tratando do último, o centro de saúde nº 194, da R.1.4; nesta unidade, as condições de registro foram tão precárias que, das 43 gestantes cujas fichas de controle foram separadas, só pudemos selecionar as 3 em questão, em virtude das irregularidades encontradas nos prontuários das demais, nos quais, entretanto, a razão do tempo de espera > 7 dias foi aproximadamente a que se vê no quadro acima, isto é, 1:2.

Com referência a estes centros de saúde o tempo de espera não aceitável parece prender-se a outros aspectos além daqueles já referidos, aparentemente ligados só às clientes. Podemos conjecturar sobre os fatores que condicionariam esta problemática; de acordo com *Ciani*¹⁷ os sete elementos considerados no processo de acreditação de uma unidade sanitária merecem atenção justamente por influírem fortemente nas condições da assistência prestada por elas. No caso desses centros de saúde a influência sobre a existência e tamanho do tempo de espera, poderia estar advindo de todos ou de alguns dos elementos, adiante citados, nos quais estariam situadas as insuficiências ou deficiências:

- Planta física } insuficientes ou inadequados pa
- Recursos materiais } ra a demanda, sendo portanto, ne
- cessário dimensionar o atendimen
- to diário de acordo com a capaci
- dade instalada;
- Recursos humanos: por um lado o volume da demanda po
- de estar além da capacidade dos ins
- trumentos nucleares; por outro, en
- tretanto, pode estar havendo sub
- utilização desses instrumentos; es
- te fato é ilustrado conforme se po
- de ver em *Adami*¹ em que uma das di
- ficuldades apontadas para a execu
- ção do serviço, a de nº 20, refere
- se ao pequeno tempo de permanência
- do médico-chefe no centro de saúde;
- Funcionamento: o horário de atendimento poderá não
- estar de acordo com as possibilidades
- de acesso da clientela;
- Programação: a previsão das metas com a consequen
- te previsão de recursos pode apresen
- tar problemas ligados ao desconheci
- mento real da situação da comunidade
- servida;

- Preparo do pessoal: as dificuldades quanto a este item poderiam estar ligadas à deficiência na percepção ou no conhecimento da necessidade do controle precoce da gestação.

Quanto ao sétimo item "atividades profiláticas de âmbito interno", não se aplica diretamente para o estudo do tempo de espera, por isto não o comentamos.

Que problemas poderiam advir, por sua vez, do próprio tempo de espera prolongado? De conformidade com a literatura comentada, é indiscutível a necessidade de se identificar, o mais perto possível do início da gestação, o grau de risco que as gestantes apresentam. Segundo *Ciari Jr. C. et al*¹⁵, *Aubry, R.H. & Pennington, J.C.*⁹ e muitos outros autores, as inscrições das gestantes para o controle pré-natal, quando feitas do segundo trimestre em diante, possibilitam o atendimento apenas de processos evidentes pela sua gravidade, às vezes já irreversivelmente instalados, tal é o caso das anomalias congênitas que podem ser atribuídas a problemas como a sífilis congênita cuja ocorrência *Laurenti*³⁶ aponta como ainda bastante elevada.

Os especialistas na área da saúde materna, tanto os obstetras quanto os sanitaristas, dão a maior ênfase à necessidade de se identificar precocemente as gestantes portadoras de alto risco gravídico porque, embora constituam, como já citado, um grupo relativamente pequeno dentro do volume de todas as gestantes, são as responsáveis por uma proporção muito significativa dos resultados negativos da gravidez, tais como os apresentados na Figura 1 : abortos, fetos prematuros, complicações da gravidez, mortalidade perinatal e outros, segundo *Nesbitt*⁴⁶.

Numa visão em superfície poderíamos ser levados a considerar a questão do tempo de espera nas 4 Regionais do DRS-1 como um assunto não problemático, portanto, não estaria influenciando diretamente na incidência dos eventos negativos

da gravidez, nem indiretamente no seu agravamento, pois das 1.795 gestantes cujo tempo de espera foi medido nessas 4 Regionais, 1.582 ou sejam 88,18% tiveram uma espera aceitável, dentro do parâmetro de normalidade e somente 212 ou 11,82% apresentaram uma espera maior que o intervalo paramétrico.

Este resultado indicaria, se analisado isoladamente, uma situação excelente, porque estes 11,82% das gestantes submetidas à espera inaceitável para a primeira consulta médica são uma quantidade pouco significativa, aparentemente, e estão distribuídas em poucas unidades a saber: 4 centros de saúde nos quais a proporção do tempo de espera anormal foi maior que a do normal; em 15 unidades em que a proporção de gestantes atingidas variou de 25 a 7% e em 11 unidades que apresentaram uma espera referente a grupos de 5 a 1 gestantes.

As demais unidades, quase a metade dos centros de saúde estudados, ou sejam 25 em 56, apresentaram um tempo de espera normal.

Não seria difícil, portanto, aplicar de imediato medidas corretivas para ajustar o tempo de espera nas unidades mais atingidas desde que indicadas e exequíveis, como seria o caso das dificuldades que estariam ligadas à instituição, pois que, aquelas referentes ao comportamento das clientes já demandariam mais tempo e ações mais complexas.

Contudo, a questão não nos parece tão simples como pode se apresentar a um primeiro exame.

Antes de mais nada, não sabemos realmente a que se deve a existência do tempo de espera nos centros de saúde em que foi identificado; essa existência deve ser considerada grave, mesmo se levarmos em conta a pequena significância da sua grandeza em relação à quantidade global de gestantes não submetidas a espera, pois a este aspecto prende-se outro ainda mais ponderável: também ignoramos quantas das ges

tantes que apresentaram um tempo de espera inaceitável, estariam incluídas no grupo de alto risco, podendo, portanto, ser altamente prejudicadas. E quantas destas gestantes -que são 11,82% do total - estariam perfazendo os 30% esperados de alto risco, responsável pela estatística indesejável de resultados negativos da gravidez? Estas considerações nos levam a conjecturar que, na verdade não deve haver tempo de espera inaceitável para gestante alguma e que, mesmo uma quantidade pequena, como a identificada nas unidades da a mostra, assume proporções de grande significância relativa, devido à gravidade que o fenômeno pode apresentar.

Além destas ponderações relacionadas a aspectos do problema que exigiriam um estudo estrutural, em profundidade, há outras ligadas a questões cujo conhecimento foi viável, podendo alterar bastante, senão completamente, a primeira visão dos resultados expostos. Referimo-nos a alguns aspectos do contexto em que está inserida a problemática do tempo de espera - normal ou anormal - das gestantes inscritas para o pré-natal nos centros de saúde amostrados.

Embora não fosse o objeto fundamental deste trabalho o conhecimento exaustivo de outros aspectos da assistência materna nesses centros de saúde, considerando o impasse que resultaria do conhecimento isolado da existência e da grandeza do tempo de espera, mereceu-nos reparo a possibilidade de identificarmos associações que elucidariam a dicotômia com que o fenômeno se apresentava segundo a nossa observação, prévia ao levantamento.

Objetivamos, por isto, a coleta concomitante de dados sobre alguns fatores que constituíram as variáveis independentes e que poderiam estar provocando, condicionando, agravando ou apenas explicando as variações do tempo de espera.

2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Consideramos que o tempo de espera aceitável, normemente quando identificado nas proporções encontradas neste estudo, poderia ser uma medida da boa qualidade da assistência prestada, desde que outros indicadores dessa qualidade, considerados de grande valor na sua avaliação segundo *Ramos*⁵⁵, *Ciari et al*^{16,19}, *Giron*²⁹ e *Schor*⁶⁰, apresentassem igualmente o mesmo comportamento, isto é, manifestassem indícios de ligarem-se a um atendimento satisfatório das necessidades de saúde da população alvo, apresentando:

- um alcance desejável das metas de cobertura e concentração;
- um grau de utilização razoável dos instrumentos disponíveis.

Seria uma discrepância manter um tempo de espera aceitável às custas de uma baixa cobertura e da utilização inadequada dos instrumentos.

Em outras palavras, como se comportaram nos centros de saúde da amostra: a cobertura alcançada frente à programada, a concentração obtida em face da normalizada, a utilização real dos recursos disponíveis versus a utilização esperada? Qual foi a idade média em que as gestantes visadas pelas atividades programadas e cujo tempo de espera para receberem essa assistência foi medido, inscreveram-se nos serviços?

Interessou-nos também pesquisar, por razões que exporemos oportunamente, certas circunstâncias da acessibilidade que cercaram os centros de saúde envolvidos no estudo.

Desta forma foi possível determinar as variáveis independentes com as quais presumimos associações significativas da variável "tempo de espera" e as relacionamos na seguinte ordem em que foram analisadas e discutidas:

- condições de acessibilidade apresentadas pelos cen-

tros de saúde da amostra, segundo sua localização geográfica e sua classificação na S.E.S.;

- grau de alcance das metas de cobertura previstas para as gestantes, segundo os tipos dos centros de saúde estudados e as Regionais em que se localizam;
- disponibilidade dos instrumentos nucleares responsáveis pelas consultas médicas e pelos atendimentos de enfermagem, segundo os centros de saúde da amostra e as respectivas Regionais;
- trimestre da gestação ao tempo da inscrição das gestantes amostradas, segundo os centros de saúde focalizados e as Regionais de origem;
- modalidade de atendimento das gestantes nos centros de saúde da amostra visando seu encaminhamento para a primeira consulta médica no pré-natal;
- grau de alcance da meta normalizada para a concentração das consultas médicas e dos atendimentos de enfermagem;
- atuação do instrumento nuclear responsável pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem;
- grau de utilização do instrumento hora/médico;
- média da idade gestacional na inscrição.

3. TESTE DE ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Por ser a variável de interesse quantitativa e expressa numa escala de razão, a saber:

- 0 - dias
- 1 - 10 dias
- 11 - 20 dias
- 21 - 40 dias
- 41 - 80 dias
- 81 - 120 dias

a prova mais poderosa para verificação das hipóteses de trabalho-relação entre o tempo de espera da consulta e outras variáveis, seria a análise de variância, que permite comprovar⁴⁷:

- a) a existência de diferença significativa entre as médias de dois ou mais grupos; e
- b) a influência de fatores e suas interrelações sobre uma variável de interesse.

A par de sua versatilidade e sensibilidade, porém, a análise de variância é inadequada⁵² quando a variável de interesse não se comporta como uma distribuição normal dentro de cada agrupamento determinado pelas variáveis independentes. E esse é o caso da variável tempo de espera da consulta que, sob todos os fatores selecionados, tem distribuição marcadamente assimétrica, como se pode ver nas Tabelas, 17,19,21,23 e 25.

A solução foi, portanto, voltar-se para uma técnica não-paramétrica, cujas conclusões independem da forma de distribuição apresentada pela população que se estuda na amostra.

O teste escolhido, dada a clara dicotomização das amostras (tempo de espera excedente e não excedente de zero dias), foi uma extensão da prova da mediana para k grupos independentes:

Esta prova consiste em dicotomizar a variável dependente em valores que não excedem a mediana e valores que a excedem. Constroem-se, a seguir, tabelas de contingência da forma $k \times 2$ em que o k é o número de classificação da variável independente sob análise.

A hipótese de nulidade - as amostras provêm da mesma população, em relação à mediana - é testada mediante o emprego do χ^2 , definido por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

com grau de liberdade igual a:

$$g = (2 - 1)(k - 1)$$

sendo:

O_{ij} = a frequência observada e inscrita na casa correspondente à linha i e à coluna j da tabela de contingência;

$E_{ij} = \frac{N_{i.} \cdot n_j}{N}$ é a frequência esperada, sob a hipótese nula, relativa à frequência observada O_{ij} , onde:

$N_{i.}$ é a frequência marginal da coluna i ,

n_j é a frequência marginal da coluna j ; e

N é o número total de observações

k é o número de coluna da tabela de contingência.

O nível de confiança da decisão estatística é, em todos os casos de 95%, o que corresponde a um erro tipo I (nível de significância) de 5% ($\alpha = 0,05$).

3.1 Condições de acessibilidade apresentadas pelos centros de saúde da amostra, segundo sua localização geográfica e sua classificação na S.E.S.

Segundo destaca o Documento Oficial nº 155 da OPAS⁵⁷, uma das primeiras condições exigidas dos serviços de saúde para que possam satisfazer as necessidades de saúde da população a que servem é que sejam acessíveis. Não se trata, porém, da acessibilidade em sentido restrito e sim na sua significação mais ampla, englobando três elementos principais de que trataremos parceladamente; o primeiro, apropriado à discussão desta variável, refere-se à "existência de uma oferta contínua e sistemática de serviços proporcionados por um conjunto de recursos combinados e destinados geograficamente, econômica, cultural e funcionalmente ao alcance das comunidades"⁵⁷. Aos dois outros elementos que integram o conceito de acessibilidade faremos referências nos próximos itens.

O significado da acessibilidade nos diversos aspectos citados pode ser entendido como segue:

- geográfica: inclui os aspectos da distância a que se encontra o serviço, do tempo necessário para atingi-lo e dos meios de transporte existentes até o local;
- econômica: designa a ausência de barreiras derivadas do sistema de aquisição dos serviços: pagamentos e contribuições;
- cultural: refere-se à ausência de barreiras entre as normas técnicas e administrativas dos serviços e os padrões culturais, os hábitos e costumes da população usuária;
- funcional: diz respeito à provisão de serviços oportunos, permanentes, com horários adequados às necessidades, apropriados para satisfação da demanda real e com mecanismos de referências adequados.

Como podemos ver, este é um conceito complexo que se prestaria sozinho a um inquérito de grandes dimensões em amplitude e profundidade. Por serem de interesse imediato para a caracterização de algumas variáveis, destacamos somente dois dos aspectos citados: o geográfico e o funcional relacionado à propriedade para satisfação da demanda.

Quanto aos aspectos geográficos os centros de saúde da amostra apresentam, todos, condições satisfatórias de acessibilidade, segundo os critérios enunciados pelo Documento retro citado⁵⁷:

- todos foram facilmente atingidos por ocasião do inquérito de campo; em relação à população alvo da área programática desses centros de saúde essas condições de acessibilidade estão bem configuradas: as unidades sanitárias foram implantadas em áreas estratégicas para satisfazer o critério de fácil acesso.

As 4 Regionais da DRS-1 dão cobertura a toda a grande São Paulo distribuindo-se por todos os pontos cardeais:

- a R.1.1 abrange a área do município da Capital, portanto situa-se no centro da Grande São Paulo;
- a R.1.2 cobre uma pequena parte da zona nordeste e a zona leste;
- a R.1.3 atende a população da zona sudeste e uma porção dos residentes da zona sul;
- a R.1.4 tem sua rede de unidades distribuída por uma parte da zona norte, pela zona oeste e pela sudoeste.

Essas áreas são servidas por inúmeras empresas de viação coletiva e às vezes por ferrovias e pelo metrô. Como as unidades são situadas em pontos estratégicos o tempo de acesso para a população alvo é razoável.

Apesar dos indícios de normalidade da acessibilidade

geográfica apontados pelos critérios discutidos anteriormente, decidimos ampliar o estudo dessa acessibilidade levantando dados relacionados a outras de suas facetas.

Com estes dados que nos permitiram estimar a população alvo das unidades sanitárias amostrais e identificar a classificação destas unidades, conforme apresentamos no capítulo VI, subcapítulo 2 "Amostra", estruturamos as bases para o conhecimento do tempo de espera apresentado nas Tabelas 5,6,7 e 8. Os resultados finais foram utilizados para o estudo do relacionamento das variações desse tempo de espera com a localização geográfica e a classificação das unidades sanitárias, conforme apresentaremos e discutiremos a seguir.

3.2 Relação com a localização dos centros de saúde

A Tabela 17 apresenta as gestantes segundo o tempo de espera da consulta e as regiões em que estão localizados os centros de saúde.

Para aplicação do teste da mediana - considerando que o tempo de espera mediano é 0 dias - os dados foram reelaborados como mostra a Tabela 18.

O valor calculado de χ^2 é de 329,762, superando, portanto, o valor tabulado²⁷ para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%, que é 7,815. Pode-se, assim, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o tempo de espera está associado à localização do centro de saúde. Os elementos da Tabela 18 permitem afirmar que, nos centros de saúde da região R.1.2, a proporção das gestantes com tempo de espera superior à mediana é significativamente maior que a esperada.

A importância do estudo desta associação está nas seguintes razões:

- necessidade de se localizar e delimitar problema o peracional qual é: o tempo de espera;
- disponibilidade para que no futuro, se/ou quando for de interesse, se usem essa localização e essa delimitação como subsídios com o fim de esclarecer problemas considerados prioritários, principalmente nos aspectos que se interligarem com o alto risco gravídico.

Segundo *Anderson, U.M. et al*⁶, é de suma importância a identificação dos segmentos da comunidade que são portadores do alto risco e que, por isto, carecem mais dos serviços de saúde materna. Localizando-se geograficamente esta população será possível racionalizar o dimensionamento e a distribuição dos recursos necessários para o seu tratamento e controle.

TABELA 17 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e as regiões dos Centros de Saúde. SP, 1979.

TEMPO DE ESPERA(dias)	R E G I Õ E S			
	R1 - 1	R1 - 2	R1 - 3	R1 - 4
0	180	303	165	643
1 - 10	17	185	16	21
11 - 20	4	29	1	4
21 - 40	28	51	-	8
41 - 80	6	12	2	6
81 -120	2	3	1	1
TOTAL	237	583	185	683

TABELA 18- Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e as regiões do Centro de Saúde (teste da mediana). SP, 1979.

POSIÇÃO RE- LATIVAMENTE À MEDIANA COMUM	R E G I Õ E S				TOTAL
	R1 - 1	R1 - 2	R1 - 3	R1 - 4	
Não excedem	180 (181,26)	303 (445,88)	165 (141,49)	643 (522,37)	1.291
Excedem	57 (55,74)	280 (137,12)	20 (43,51)	40 (160,63)	397
TOTAL	237	583	185	683	1.688

Nota: os números entre parênteses são as frequências esperadas sob a hipótese nula.

$$\chi^2 \text{ calc.} = 329,762$$

3.3 Variável independente - Tipo de Centro de Saúde

Os dados relacionados à variável "Tipos de Centros de Saúde" estão apresentados em Quadros e Tabelas .

Nesses quadros se identificam todas as unidades sanitárias incluídas no estudo, distribuídas segundo sua classificação na S.E.S., isto é, os tipos, segundo os distritos sanitários a que pertencem e as Regionais em que se localizam. A apresentação tomou a seguinte modalidade:

Quadro nº 1 - relaciona os Centros de Saúde Tipo I

Quadro nº 2 - relaciona os Centros de Saúde Tipo II

Quadro nº 3 - relaciona os Centros de Saúde Tipo III

Quadro nº 4 - relaciona os Centros de Saúde Tipo IV

Quadro nº 5 - relaciona os Centros de Saúde Tipo V

Para caracterizar a variável também utilizamos os dados referentes à quantificação do tempo de espera nesses centros de saúde, tal como está apresentada nas Tabelas do número 5 ao número 8.

Todos estes dados foram processados manualmente e lançados num quadro, conforme se vê no Anexo IV para que se tivesse o cômputo do tempo de espera das gestantes inscritas nesses centros, no período escolhido, dentro das situações escolhidas para estudo, entre elas a sua localização conforme o tipo de unidade sanitária.

A partir dos resultados obtidos foi feito o teste da relação do tipo de centro de saúde com a variável dependente, o tempo de espera.

3.3.1 Teste da relação com o tipo de Centro de Saúde

As gestantes classificam-se, segundo o tempo de espera da consulta e o tipo de centro de saúde, conforme mostrado na Tabela 19.

O teste da mediana foi aplicado sobre os dados reelaborados da Tabela 20.

O valor calculado de x^2 é de 124,351, que é maior que o valor tabulado (9,488) para 4 graus de liberdade e nível de confiança de 95%. Pode-se, então, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, pela existência de associação entre as duas variáveis. Verifica-se, da Tabela 20 que a proporção das gestantes dos CS-I e dos CS-V com tempo de espera maior que o mediano é significativamente superior à esperada.

TABELA 19-Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e o tipo de Centro de Saúde. SP, 1979.

TEMPO DE ESPERA (dias)	TIPO DE CENTRO DE SAÚDE				
	CS - 1	CS - 2	CS - 3	CS - 4	CS - 5
0	155	263	208	293	372
1 - 10	44	26	40	11	118
11 - 20	17	7	4	4	6
21 - 40	42	5	27	3	10
41 - 80	7	3	4	3	9
81 -120	3	-	-	1	3
TOTAL	268	304	283	315	518

TABELA 20-Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e o tipo de Centro de Saúde (teste da mediana). SP, 1979.

POSIÇÃO RELATI VAMENTE À ME- DIANA COMUM	TIPO DE CENTRO DE SAÚDE					TOTAL
	CS - 1	CS - 2	CS - 3	CS - 4	CS- 5	
Não excedem	155 (204,97)	263 (232,50)	208 (216,44)	293 (240,92)	372 (396,17)	1.291
Excedem	113 (63,03)	41 (71,50)	75 (66,56)	22 (74,08)	146 (121,83)	397
TOTAL	268	304	283	315	518	1.688

Nota: os números entre parênteses são as frequências esperadas sob a hipótese nula.

$$\chi^2_{\text{calc.}} = 124,351$$

A relação da variável tempo de espera com o tipo de centro de saúde por um lado pode ser facilmente explicada, mas por outro é aparentemente destituída de lógica.

Como já foi visto no item 3 (Procedimentos) do Capítulo VI (Material e Método) os centros de saúde apresentam programas de trabalho variáveis em decorrência de sua complexidade e, esta, por sua vez, cresce em razão inversa do número de classificação do centro de saúde, sendo tanto maior quanto menor for este número. Esse aumento de complexidade pode se traduzir em aumento de demanda e esta, em aumento de espera para consulta.

Outro fator que certamente atua como condicionante na associação positiva, como foi vista, é o fato de que a população alvo dos centros de saúde é esperadamente maior à medida que cresce a complexidade prevista para atendimento segundo o tipo da unidade.

Assim sendo, um centro de saúde deve atender um determinado número de gestantes de acordo com a estimativa baseada no índice de nascimentos adotado para a área relacionada à população desta área; se a população é crescentemente maior conforme os tipos, explica-se logicamente que nos centros de saúde tipo I que mais se aproximem das metas normalizadas de cobertura e concentração, o volume de atendimento possa fazer variar para mais o tempo de espera, como se vê no centro de saúde nº 1 da R.1.1.

Para visualizar bem esta situação assim como outras que se evidenciaram no decorrer deste trabalho estruturamos quadros de comparação do tempo de espera identificado com os percentuais alcançados de cobertura, concentração, RI e grau de utilização dos instrumentos, como também a média da idade gestacional ao tempo da inscrição.

Os dados desses quadros foram mostrados segundo as Regionais e os tipos de centro de saúde e receberam numeração de 19 a 27, sendo apresentados neste subcapítulo.

QUADRO 19 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo de inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

R.1.1

Tipo de C.S.		I	II	II	III	III	V	V	Regional
Variável dependente e variável independente		1	22	23	34	35	75	81	Global
Tempo de espera	de 7 dias	38,9	78,94	98,03	100,0	100,0	100,0	42,85	81,85
	de 7 dias	61,90	21,08	1,96	-	-	-	57,14	18,14
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.	40,33	22,22	13,37	4,95	3,49	8,16	15,15	15,38
	% sobre volume gest. centro dep	89,58	49,12	29,70	11,01	7,75	18,14	33,16	34,06
Instrumento nuclear	Rendimento	1,45	0,17	0,17	1,65	0,95	1,25	4,70	1,48
	Grau de utilização	0,24	0,03	0,03	0,28	0,16	0,21	0,78	0,25
Média de idade gest. ao tempo da inscrição		3m 11d	4m 6d	4m 5 d	4m 13 d	3m 22d	3m 9 d	3m 28 d	3m 26 d
Concentração alcançada		4,86	3,31	4,55	3,50	4,25	4,85	5,05	4,34
Grau de alcance		1,94	0,06	0,14	1,23	0,24	0,63	0,87	0,72

QUADRO 20 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo de inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

R.1.2

Tipo de C.S.		I	I	II	III	III	III	IV	IV	IV	V	V	V	V	V	V	V	Reg.	
Nº do C.S.		5	8	24	36	40	41	48	50	53	84	85	87	102	107	111	115	Glob	
Variável dependente e variável independente	Tempo de espera	< de 7 dias	49,48	20,40	97,29	100,00	44,44	88,88	100,00	85,71	80,55	77,88	87,50	90,91	85,72	96,50	100,00	75,00	79,35
		> de 7 dias	20,52	79,60	2,71	-	55,56	11,12	-	14,29	19,45	22,12	12,50	9,09	14,28	3,44	-	25,00	20,65
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.	5,95	7,30	6,04	11,67	3,88	1,98	7,33	45,92	14,31	33,36	1,01	1,90	26,33	23,44	3,38	4,28	12,58	
	% sobre volume gest. cent. depen.	13,22	16,22	13,43	25,91	15,66	4,40	16,29	101,90	31,68	73,94	2,24	4,20	58,41	52,20	7,52	9,51	27,92	
Instrumento nuclear	Rendimento	0,93	2,25	0,65	2,97	0,66	5,15	1,95	0,04	0,73	4,27	0,31	0,19	1,02	2,52	0,10	1,19	1,56	
	Grau de utilização	0,15	0,38	0,10	0,49	0,11	0,85	0,32	0,006	0,12	0,71	0,05	0,03	0,16	0,42	0,01	0,19	0,20	
Média de idade gestacional ao tempo da inscrição		3m 23d	3m 24d	4m 8d	3m 7d	3m 11d	4m 9d	4m 7d	5m 9d	3m 25d	3m 21d	4m 9d	4m 13d	4m 6d	4m 5d	4m 22d	2m 13d	4m	
Concentração alcançada		1,56	2,22	4,69	1,39	1,87	6,52	3,21	2,95	0,11	3,50	3,71	2,26	2,77	2,87	1,75	0,38	2,61	
Grau de alcance da concentração		0,28	0,45	0,31	0,75	0,20	0,97	0,10	0,06	0,26	1,29	0,02	0,06	0,36	0,57	0,01	0,57	0,32	

QUADRO 21 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo da inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

Variável dependente e variável independente		Tipo do C.S.	I	I	II	III	IV	V	V	V	V	V	Reg.
		Nº do C.S.	12	13	28	43	57	118	119	120	132	135	Glob.
Tempo de espera	≤ 7 dias		100,00	94,73	100,00	96,83	100,00	83,84	100,00	83,34	100,00	91,67	96,51
	> 7 dias		-	5,27	-	3,17	-	16,66	-	16,66	-	8,33	3,49
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.		0,51	1,40	1,40	9,24	7,51	3,85	10,52	30,78	4,23	1,27	7,07
	% sobre volume gest. cent.dep.		1,14	8,17	3,11	20,52	16,92	8,55	23,33	68,20	9,43	2,83	16,21
Instrumento nuclear	Rendimento		0,12	0,58	0,26	3,31	0,29	0,40	0,76	1,77	0,09	0,06	0,76
	Grau de utilização		0,02	0,09	0,04	0,55	0,04	0,06	0,12	0,29	0,015	0,01	0,12
Média de idade gestacional ao tempo da inscrição			4m 6d	3m 29d	4m 23d	4m 9d	4m 2d	4m 2d	3m 22d	5m 3d	3m 29d	4m 23d	4m 8d
Concentração alcançada			1,93	1,93	2,77	3,62	0,60	3,54	1,40	1,40	2,04	0,25	1,69
Grau de alcance			0,26	0,06	0,20	0,20	0,03	0,05	0,46	0,59	0,04	0,01	0,11

QUADRO 22 -Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo da inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

R.1.4

Variável dependente e variável independente		Tipo de C.S.		R.1.1.4																				Reg.	
		I	I	II	II	III	III	IV	IV	IV	IV	IV	IV	VI	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Nº do C.S.		17	21	29	30	45	46	58	59	67	69	70	72	142	148	149	150	158	159	163	186	187	193	194	Glob
Tempo de espera	<de 7 dias	100,00	100,00	81,81	100,00	89,13	100,00	100,00	100,00	75,00	88,88	100,00	100,00	100,00	100,00	96,22	100,00	100,00	100,00	83,33	100,00	83,33	92,30	66,66	95,38
	>de 7 dias	-	-	18,19	-	10,87	-	-	-	25,00	11,12	-	-	-	3,78	-	-	-	-	16,66	-	16,67	7,70	33,34	4,62
Cobertura	1 sobre volume gest. área progr.	50,46	7,45	5,91	4,45	12,73	3,29	3,97	1,06	3,53	5,13	24,71	5,90	7,97	17,43	22,32	8,25	8,16	1,06	10,62	2,85	1,77	48,28	3,06	16,10
	1 sobre volume gest. cent. depend.	111,64	16,56	13,14	9,88	28,27	7,32	8,84	2,36	7,85	11,39	54,62	34,53	17,72	38,77	49,65	18,36	18,04	2,36	23,57	6,34	3,93	107,06	6,80	25,70
Instrumento nuclear	Rendimento	0,91	1,00	0,96	0,58	2,07	1,91	0,96	0,67	0,15	1,69	0,26	0,42	2,22	1,22	0,57	1,03	0,41	1,13	0,44	0,39	0,41	4,59	2,68	1,11
	Grau de utilização	0,15	0,16	0,16	0,09	0,33	0,31	0,16	0,11	0,025	1,28	0,04	0,07	0,37	0,20	0,09	1,18	0,06	0,18	0,074	0,06	0,06	0,76	0,44	0,155
Média de idade gest. ao tempo da inscrição		3m 15d	4m 11d	3m 28d	2m 26d	3m 25d	3m 19d	4m 9d	4m 8d	3m 7d	3m 26d	4m 19d	4m 8d	3m 25d	4m 12d	4m 12d	4m 12d	3m 9d	3m 25d	5m 12d	3m 23d	4m 13d	4m 15d	4m 21d	3m 28d
Concentração alcançada		1,54	6,53	1,55	2,88	3,26	6,74	5,08	0,57	5,03	1,82	1,84	0,42	1,02	4,72	0,80	1,81	3,17	3,03	3,19	0,85	3,76	5,81	0,60	2,87
Grau de alcanço		1,13	0,08	0,72	0,18	0,34	0,48	0,17	0,27	0,11	0,19	0,16	0,18	0,18	0,30	0,14	0,25	0,11	0,45	0,04	0,03	0,03	1,38	0,43	0,21

QUADRO 23 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo de inscrição e concentração alcançada. SP, 1979.

Variável dependente e variável independente		Tipo de C.S.	T I P O I							R.1.1
		Nº do C.S.	1	5	8	12	13	17	21	Global do Tipo
Tempo de espera	<de 7 dias		38,09	79,48	20,40	100,00	94,73	100,00	100,00	76,10
	>de 7 dias		61,90	20,52	79,60	-	5,27	-	-	23,90
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.		40,33	5,95	7,30	0,51	1,40	50,46	7,45	16,20
	% sobre volume gest. cent.dep.		89,58	13,22	16,22	1,14	8,17	111,64	16,56	36,64
Instrumento nuclear	Rendimento		1,45	0,93	2,25	0,12	0,58	0,91	1,00	0,90
	Grau de utilização		0,24	0,15	0,37	0,02	0,09	0,15	0,16	0,15
Média de idade gest. ao tempo de inscrição			3m 11d	3m 23d	3m 24d	4m 6d	3m 29d	3m 15d	4m 11d	3m 25d
Concentração al- cançada			4,86	1,56	2,22	1,93	1,93	1,54	6,53	2,93
Grau de alcance			1,04	0,28	0,45	0,26	0,06	1,13	0,08	0,25

QUADRO - 24 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo da inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

R.1.2

Variável dependente e variável independente	Tipo do C.S. Nº do C.S.	T I P O I I						Global do Tipo
		22	23	24	28	29	30	
Tempo de espera	< de 7 dias	78,94	98,03	97,29	100,00	81,81	100,00	92,68
	> de 7 dias	21,08	1,96	2,71	-	18,19	-	7,32
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.	22,22	13,37	6,04	1,40	5,91	4,45	8,90
	% sobre volume gest. cent.dep.	49,12	29,70	13,43	3,11	13,14	9,88	19,73
Instrumento nuclear	Rendimento	0,17	0,17	0,65	0,26	0,96	0,58	0,46
	Grau de utilização	0,02	0,10	0,04	0,16	0,16	0,09	0,07
Média de idade gest. ao tempo da inscrição		4m 6 d	4m 5 d	3m 8 d	4m 23d	3m 28d	2m 26d	4m 1d
Concentração alcançada	Grau de alcance	4,55	4,25	4,69	2,77	1,55	2,88	3,45
		0,06	0,14	0,31	0,20	0,72	0,18	0,22

QUADRO 25 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura e concentração da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo da inscrição e a concentração alcançada. SP, 1979.

R.1.3

Tipo do C.S.		T I P O I I I								Global do Tipo
Varia- vel de- pendente e variável inde- pendente	Nº do C.S.	34	35	36	40	41	43	45	46	
Tempo de espera	<de 7 dias	100,00	100,00	100,00	44,44	88,88	96,83	89,13	100,00	89,91
	>de 7 dias	-	-	-	55,56	11,12	3,17	10,87	-	10,09
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.	4,95	3,49	11,67	3,88	1,98	9,24	12,73	3,29	6,40
	% sobre volume gest. cent.dep.	11,01	7,75	25,91	15,66	4,40	20,52	28,27	7,32	15,10
Instrumento nuclear	Rendimen- to	1,65	0,95	2,97	0,66	5,15	3,31	2,07	1,91	2,33
	Grau de u- tilização	0,27	0,15	0,49	0,11	0,85	0,55	0,34	0,31	0,38
Média de idade gest. ao tempo da inscr.		4m 13d	3m 22d	3m 7d	3m 11d	4m 9d	4m 9d	3m 25d	3m 19d	3m 25d
Concentração alcanç.	Grau de alcance	3,50	3,31	1,39	1,87	6,52	3,62	3,26	6,74	3,77
		1,23	0,24	0,75	0,20	0,97	0,20	0,34	0,48	0,42

QAUDRO 26 - Comparação do "tempo de espera" com os percentuais alcançados de cobertura da consulta médica, rendimento instrumental, grau de utilização do instrumento e média da idade gestacional ao tempo da inscrição. São Paulo, 1979.

Tipo de C.S.		T I P O I V										
Variável dependente e variável independente	Nº do C.S.	48	50	53	57	58	59	67	69	70	72	Global
Tempo de espera	<de 7 dias	100,00	85,71	80,55	100,00	100,00	100,00	75,00	88,88	100,00	100,00	93,01
	>de 7 dias	-	14,29	19,45	-	-	-	25,00	11,12	-	-	6,98
Cobertura	% sobre volume gest. área prog.	7,33	45,92	14,31	7,31	3,97	1,06	3,53	5,13	24,71	15,90	12,93
	% sobre volume gest. pen. depen.	16,29	101,90	31,68	16,92	8,84	2,36	7,85	11,39	54,62	34,53	28,63
Instrumento nuclear	Rendimento	1,95	0,04	0,73	0,29	0,96	0,67	0,15	0,69	0,26	0,42	0,71
	Grau de utilização	0,32	0,06	0,12	0,04	0,16	0,11	0,02	0,28	0,04	0,07	0,11
Média de idade gest. ao tempo da inscrição		4m 7d	5m 9d	3m 25d	4m 2d	4m 9d	4m 8d	3m 7d	3m 26d	4m 19d	4m 8d	4m 6d
C.A.*		3,21	2,95	0,11	0,60	5,08	0,57	5,03	1,82	1,84	0,42	2,16
Grau de alcance		0,10	0,06	0,26	0,03	0,17	0,27	0,11	0,19	0,16	0,18	0,13

*C.A. = Cobertura Alcançada.

Nos centros de saúde tipo I em que o percentual do tempo de espera não aceitável for maior que o aceitável (excluindo-se é claro, o nº 1 da R.1.1, retro citado) a explicação para esta ocorrência deve-se a outros fatores que não a alta cobertura alcançada.

Ilustremos com alguns destaques: No centro de saúde nº 5, conforme exposto no Quadro 20, em que o intervalo de espera maior que 7 dias atingiu 20,52% das gestantes, o RI foi de 0,93 com um grau de utilização instrumental de 0,15 (a razão considerada ótima é de 1, que significa objetivo alcançado plenamente). Estes fatos por si só explicam o aumento do tempo de espera nesta unidade, pois a cobertura de 13,22% da meta programada certamente não se deveu. O mecanismo hipotético é a sub utilização do instrumento nuclear da consulta médica que condicionou a espera observada diante de uma demanda maior que a capacidade real de trabalho verificada.

No centro de saúde número 8 da R.1.2 o tempo de espera não aceitável atingiu 79,60% das gestantes inscritas e a situação foi semelhante à que se deu no centro de saúde nº 5; embora a cobertura, a concentração e o RI tenham sido aí, um pouco maiores: 16,22 - 0,22 - 0,25 respectivamente, o grau de utilização foi tão baixo que não justificaria nenhuma espera. Esta só encontra explicação, outra vez, na sub utilização do instrumento.

Seria exaustivo e monótono discutir a situação encontrada nas demais unidades tipo I da amostra, uma vez que é idêntica, conforme se vê no Quadro 23, com agravantes: às vezes o tempo de espera não existiu ou foi baixo e os atributos da atividade estudada comportaram-se da mesma forma.

Quanto à associação positiva do tempo de espera acima de 0 (zero) dias como o centro de saúde tipo V não tem a lógica do condicionamento pelo aumento da cobertura aventada para o tipo I, uma vez que, neste tipo o atendimento de gestantes deve ser menor e menos complexo. Contudo, 6 desses

centros: os de nº 84, 102, 107, 120, 149 e 193 apresentaram um percentual de cobertura acima da meta normalizada (45,0%)*, conforme é mostrado no Quadro nº 27.

Em 3 das unidades: as de nº 81, 84 e 193, o RI foi quase igual ao normalizado: 4,70 - 4,20 e 4,59 com um grau de utilização de 0,78 - 0,70 e 0,77 respectivamente.

É possível que esses fatos evidenciados possam ser, somente eles, responsabilizados pela associação positiva comprovada, porque, no que importa ao relacionamento com os demais centros de saúde do tipo V não destacados, a situação foi praticamente a mesma descrita para os centros de saúde tipo I: baixo percentual de cobertura alcançada, pequeno RI, subutilização instrumental e grande porcentagem de tempo de espera aceitável.

* Percentual fornecido pelo Nível Central da C.S.C. - S.E.S - SP.

3.4 Variável "Grau de alcance das metas de cobertura".

Para que pudessemos medir o grau de alcance das metas de cobertura, conforme o processo relatado no Capítulo IV, levantamos dados sobre:

- população total de gestantes esperadas para o ano de 1979 nas áreas programáticas dos centros de saúde da amostra;
- volume das gestantes inscritas, segundo o trimestre da gestação;
- percentual de cobertura alcançada.

Quanto ao volume de gestantes inscritas foi necessário utilizar, quando indicado e possível, somente as inscrições identificadas pelo levantamento direto nos centros de saúde, uma vez que os dados secundários colhidos tiveram de aguardar correção oportunamente.

Os dados acima citados foram processados e agrupados nos Quadros de nº 7 a 10, como dados básicos para cálculo de cobertura. Objetivamos a que deem uma visão sequencial do processo: estimativa das gestantes esperadas para a área total dos centros de saúde, de gestantes esperadas para a área programática desses centros, de gestantes na área total a inscrever (não necessariamente pelo centro de saúde da amostra, mas por ele e outros não sorteados, se existirem) de gestantes da área programática, volume de gestantes inscritas conforme dados primários.

Utilizando esses dados para o cálculo da cobertura alcançada, aplicamos a fórmula*

$$cb = \frac{\text{Nº gestantes inscritas}}{\text{população C.D.}} \times 100$$

e obtivemos resultados que foram processados e agrupados nos Quadros de nº 11 a 14, apresentados neste item.

* Fórmula adotada na Disciplina de Saúde Materna do Departamento de Saúde Materno-Infantil - FSP/USP.

QUADRO 7 - Dados básicos para cálculo da cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

R.1.1

TIPO DO CS NA SES R.1.1	Nº DO CS NA PES- QUISA	GESTANTES ESPERADAS		GESTANTES A INSCREVER		GESTANTES INSCRITAS
		DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO GRAM. DO CS	DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO GRAM. DO CS	
I	1	1.421	1.066	480	480	430
II	22	1.451	1.088	490	490	38
II	23	1.008	252	341	114	56
III	34	5.341	3.005	1.803	1.353	149
III	35	708	531	239	239	71
V	75	2.500	625	844	281	51
V	81	2.324	871	785	398	132

QUADRO 8 - Dados básicos para cálculo da cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

TIPO DO CS NA SES R.1.2	Nº DO CS NA PES OUTSA	GESTANTES ESPERADAS		GESTANTES A INSCREVER		GESTANTES INSCRITAS
		DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM. DO CS	DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM. DO CS	
I	5	4.614	3.461	1.558	1.558	206
I	8	11.722	7.327	3.956	3.297	535
II	24	4.013	3.010	1.355	1.355	182
III	36	9.100	788	3.072	355	92
III	40	3.867	670	1.306	303	166
III	41	3.295	1.059	1.113	477	21
IV	48	15.991	2.999	5.397	1.350	220
IV	50	310	233	105	105	107
IV	53	3.867	447	1.306	202	64
V	84	9.100	263	3.072	119	88
V	85	1.976	1.482	667	667	15
V	87	9.100	263	3.072	119	5
V	102	3.867	224	1.306	101	59
V	107	3.295	354	1.113	159	83
V	112	9.363	1.004	3.161	452	34
V	115	9.363	1.004	3.161	452	43

QUADRO 9 - Dados básicos para cálculo da cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

TIPO DO CS NA SES R.1.3	Nº DO CS NA PES- QUISA	GESTANTES ESPERADAS		GESTANTES A INSCREVER		GESTANTES INSCRITAS
		DA ÁREA GEO- GRÁF.DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM.DO CS	DA ÁREA GEO- GRÁF.DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM.DO CS	
I	12	12.370	9.278	4.175	4.175	48
I	13	4.058	3.044	1.370	1.370	112
II	28	6.555	4.917	2.113	2.113	69
III	43	7.284	3.279	2.459	1.476	303
IV	57	12.221	1.411	4.125	636	106
V	118	5.392	675	1.820	304	26
V	119	177	133	60	60	14
V	120	576	432	195	195	133
V	32	3.295	354	1.113	159	15
V	135	12.221	705	4.125	318	9

QUADRO 10-Dados básicos para cálculo da cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

TIPO DO CS NA SES R.1.4	Nº DO CS NA PES- QUISA	GESTANTES ESPERADAS		GESTANTES A INSCREVER		GESTANTES INSCRITAS
		DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM. DO CS	DA ÁREA GEO- GRÁF. DO CS	DA ÁREA PRO- GRAM. DO CS	
I	17	516	323	175	146	163
I	21	20.281	5.071	6.845	2.282	378
II	29	4.596	3.447	1.552	1.552	204
II	30	6.081	1.303	2.053	587	58
III	45	2.636	1.186	890	534	151
III	46	9.100	788	3.072	355	26
IV	58	4.621	1.734	1.560	780	69
IV	59	1.501	1.126	507	507	12
IV	67	5.377	621	1.815	280	66
IV	69	3.894	1.461	1.315	658	75
IV	70	9.100	263	3.072	119	65
IV	72	3.482	2.612	1.164	1.164	402
V	142	13.029	978	4.398	440	78
V	148	6.081	327	2.053	147	57
V	149	6.081	327	2.053	147	73
V	150	6.081	327	2.053	147	27
V	158	3.136	294	1.059	133	24
V	159	5.377	311	1.815	140	29
V	163	5.377	311	1.815	140	11
V	186	20.281	1.015	6.845	457	29
V	187	20.281	1.015	6.845	457	18
V	193	543	408	184	184	197
V	194	1.479	1.110	500	500	34

QUADRO 11 - Percentual de cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias DRS-1, SP - incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

R.1.1

TIPO DE CS NAS	Nº DO CS NA PESQUISA	% SOBRE AS GESTANTES ES- PERADAS PARA A ÁREA *	% SOBRE AS GESTANTES A SEREM INSCRITAS
I	1	40,33	89,58
II	22	3,49	7,75
II	23	22,22	49,12
III	34	4,95	11,01
III	35	13,37	29,70
V	75	8,16	18,14
V	81	15,15	33,16

* Dados primários

QUADRO 12 -Percentual de cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias DRS-1, SP - incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

R.1.2

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	% SOBRE AS GESTANTES ESPERADAS PARA A ÁREA*	% SOBRE AS GESTANTES A SEREM INSCRITAS
I	5	5,95	13,22
I	8	7,30	16,22
II	24	6,04	13,43
III	36	11,67	25,91
III	40	3,88	15,66
III	41	1,98	4,40
IV	48	7,33	16,29
IV	50	45,92	101,90
IV	53	14,31	31,68
IV	84	33,46	73,94
V	85	1,01	2,24
V	87	1,90	4,20
V	102	26,33	58,41
V	107	23,44	52,20
V	112	3,38	7,52
V	115	4,28	9,51

* Dados primários

QUADRO 13-Percentual de cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias DRS-1, SP - incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

R.1.3

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	% SOBRE AS GESTANTES ESPERADAS PARA A ÁREA*	% SOBRE AS GESTANTES A SEREM INSCRITAS
I	12	0,51	1,14
I	15	1,40	8,17
II	28	1,40	3,11
III	45	9,24	20,52
IV	57	7,51	16,92
V	118	5,85	8,55
V	119	10,52	23,33
V	120	30,78	68,20
V	132	4,23	9,43
V	135	1,27	2,83

* Dados primários

QUADRO 14- Percentual de cobertura da assistência pré-natal alcançada nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias DRS-1, SP - incluídas na pesquisa, segundo a Regional. SP, 1979.

R.1.4

TIPO DE CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	% SOBRE AS GESTANTES ESPERADAS PARA A ÁREA*	% SOBRE AS GESTANTES A SEREM INSCRITAS
I	17	50,46	111,64
I	21	7,45	16,56
II	29	5,91	13,14
II	30	4,45	9,88
III	45	12,73	28,27
III	46	3,29	7,32
IV	58	3,97	8,84
IV	59	1,06	2,36
IV	67	3,53	7,85
IV	69	5,13	11,39
IV	70	24,71	54,62
IV	72	15,90	34,53
V	142	7,97	17,72
V	148	17,43	38,77
V	149	22,32	49,65
V	150	8,25	18,36
V	158	8,16	18,04
V	159	9,32	20,71
V	163	10,62	23,57
V	186	2,85	6,34
V	187	1,77	3,93
V	193	48,28	107,06
V	194	3,06	6,80

* Dados primários

3.4.1 Teste da relação com a cobertura das metas

Registram-se na Tabela 21 as gestantes conforme o tempo de espera da consulta e a cobertura das metas.

Aplicando-se a prova da mediana aos elementos reelaborados da Tabela 22 encontra-se um χ^2 igual a 97,027. Como este valor supera o tabulado (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%, pode-se rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que o tempo de espera é diferenciado nos centros de saúde relativamente à cobertura das metas. Por inspeção da Tabela 22 verifica-se que a proporção das pacientes com tempo de espera superior à mediana é maior que a esperada nos centros de saúde que cobriram 45% e mais das metas fixadas.

TABELA 21-Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a cobertura. SP, 1979.

TEMPO DE ESPERA(dias)	C O B E R T U R A		
	menos de 20%	20% — 45%	45% e mais
0	787	310	194
1 - 10	75	49	115
11 - 20	29	5	4
21 - 40	54	9	24
41 - 80	17	2	7
81 - 120	5	2	-
TOTAL	967	377	344

TABELA 22 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e a cobertura (teste da mediana). SP, 1979.

POSIÇÃO RELATIVA MENTE À MEDIANA COMUM	C O B E R T U R A			TOTAL
	menos de 20%	20%—45%	45% e mais	
Não excedem	787 (739,57)	310 (288,33)	194 (263,10)	1.291
Excedem	180 (227,43)	67 (88,67)	150 (80,90)	397
TOTAL	967	377	344	1.068

Nota: o números entre parênteses são as frequências esperadas sob a hipótese nula.

$$x^2_{\text{calc.}} = 97,027$$

Esta associação positiva parece-nos a mais evidente à primeira vista, pois vemos nos Quadros 19 a 27 que a tendência foi nítida: subindo a cobertura, aumentou o tempo de espera. Nas unidades em que este fenômeno não ocorreu pode-se notar outras correlações interessantes.

Na R.1.4 no centro de saúde nº 17 o tempo de espera foi zero, entretanto a cobertura foi de 111,64%, mas a concentração foi de apenas 1,54 e o RI de 0,91; no centro de saúde nº 72, o tempo de espera foi 100% normal, e a cobertura de 34,53%, um pouco acima da média, mas a concentração foi de 0,42 e o RI 0,42. Todos os destaques de cobertura nesta Regional acompanham-se de características negativas dos demais atributos.

Entretanto, passemos a considerações com outra ordem de idéias.

Se a meta normalizada foi de 45% para a cobertura, seria razoável que os recursos fossem planejados para cumprí-la e isto aparentemente não estaria se dando frente às variações correlacionadas dos aumentos do tempo de espera e da cobertura. Todavia, por comparação com a situação verificada quanto aos outros atributos da consulta médica no pré-natal, além da cobertura, o quadro evidencia um certo desequilíbrio não indicador de poucos recursos, mas de utilização inadequada dos mesmos. Senão vejamos:

Na R.1.1 com 7 unidades: 2 centros de saúde (nºs 1 e 22) ultrapassaram as metas de cobertura, mas os demais ficaram aquém, chegando o nº 35 a apenas 0,17 graus de alcance dessa meta.

O RI em todas as unidades desta Regional foi reduzido; com excessão do centro de saúde nº 81 em que o grau de utilização foi de 0,78, quase pleno, os demais apresentaram um alcance do rendimento de até 0,25 graus apenas.

Na R.1.2 , com excessão do centro de saúde nº 84 com

um RI de 4,27 e uma cobertura de 73,94, as demais unidades não apresentaram tão boas variações e tão harmônicas, como podemos observar com relação a alguns, a saber:

- nº 50 - cobertura 101,90; tempo de espera anormal de 14,29%, um rendimento de 0,04, uma concentração de 2,95 e mais uma agravante se ríssima: a média de idade gestacional à inscrição foi de 5m 9 dias.

Perguntamos neste caso: seriam a demanda a cima das possibilidades programáticas e/ou a sub utilização evidente os pontos nodais da problemática assistencial deste centro de saúde?

- nº 40 - em que o tempo de espera anormal atingiu 55,56 das gestantes, a cobertura alcançada foi de 15,66, o RI verificado de 0,66 e a concentração alcançada 1,87; poder-se-ia dizer que a única explicação para a espera neste centro foi o grau de utilização do instrumento: 0,11 que não foi suficiente para atingir em tempo útil nem 0,34 graus da meta de cobertura.

Estes são enfoques de pontos salientes, porque a constante das unidades nesta Regional foi a baixa cobertura, o baixo rendimento instrumental e uma concentração alcançada abaixo da mínima aceitável.

A R.1.3 foi a que apresentou o menor tempo de espera. Todavia, os fatores que podemos associar a esta particularidade também sobressaem-se pela quantidade mínima, como vemos no Quadro 21:

- foi a menor concentração média alcançada: 1,69 consulta/gestante;
- foi o menor RI: 0,76;
- foi a menor cobertura alcançada: 16,21%.

Na R.1.4 todos os destaques da cobertura acima da meta normalizada acompanharam-se igualmente de características negativas dos demais atributos da consulta médica. Como a situação não apresentou nenhum aspecto diferente dos que foram salientados para as outras Regionais, deixamos de discutí-los.

Parece-nos que o problema se apresenta às vezes com dupla face: ora o tempo de espera é baixo, porque os atributos da atividade consulta médica para gestantes nos centros de saúde são de qualidade questionável; ora o tempo de espera não é aceitável porque aos atributos dessa atividade se poderia atribuir uma qualidade indesejável.

Segundo *Ciari Jr., C. et al*¹⁶ aceita-se como significativa em saúde materna a proteção de 80 a 85% das gestantes esperadas, sendo que, para o grupo de gestantes de alto risco não é desejável menos que 100% de cobertura. Além disso é necessário considerar que tem havido grande ênfase, como se verificou no Documento Oficial 118 da OPAS⁴⁸ e na 5a. Conferência Nacional de Saúde⁶⁹ para que os programas sejam ajustados no sentido de se atingirem metas de 50% na cobertura do grupo materno.

*Ciari*¹⁹ diz também que a concentração de consultas médicas não deve ser inferior a 4, podendo variar a média entre 4 e 6, a fim de se prestar uma adequada assistência ao grupo gestante; com uma concentração menor que esta é impossível dar proteção satisfatória. Porém, estas metas podem ser alcançadas por etapas, como possivelmente é o caso dos centros de saúde estudados, pois sabe-se que ainda podem ser considerados dentro de uma fase de implantação de programa em que as dificuldades são sobremaneira grandes e, teoricamente, bastante conhecidas. *Ciari*¹⁶ salienta porém, que há um mínimo de volume e qualidade da atividade abaixo do qual sua execução é inútil e, acrescentamos, onerosa Este é um aspecto de importância capital, mesmo diante da consideração acima lembrada, e talvez por esta mesma razão, de tra

tar-se de uma problemática cheia de relatividades - como a fase de implantação - que ora atenua e explica o problema, ora agrava suas implicações.

3.5 Variável "Disponibilidade do instrumento nuclear responsável pela consulta médica e o atendimento de enfermagem".

Os dados referentes a esta variável foram colhidos por meio do levantamento efetuado nos centros de saúde sorteados e nas suas respectivas diretorias distritais. Foram utilizados para a estruturação dos Quadros de nº 15 a 18 e apresentados neste Capítulo, com a finalidade de fornecerem elementos para análise de determinados aspectos de situação que, segundo presumimos, poderá estar influenciando nas condições que cercam a prestação de assistência de saúde às gestantes.

Relacionados a esta variável levantamos dados sobre:

- exercício efetivo do cargo de médico, enfermeira e obstetriz;
- horas/instrumento disponíveis desses profissionais;
- volume de consultas médicas esperadas;
- volume de consultas médicas realizadas.

Os dados colhidos foram processados e os resultados lançados nos quadros seguintes:

- do nº 15 a 18 - mostram o exercício efetivo dos instrumentos nucleares;
- do nº 28 a 31 - volume de consulta médicas e atendimentos de enfermagem esperados e realizados;
- do nº 32 a 35 - dados para cálculo do rendimento instrumental da hora/médico.

De acordo com os resultados apresentados nos Qua

QUADRO 15 - Disponibilidade do I.N. responsável pela C.M. e A.E. realizadas nos CS do DRS-1, SP, segundo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.1

C.S.		M É D I C O					E N F E R M E I R A					O B S T E T R I Z				
Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO NAS	LOTAÇÃO	REALIZAÇÃO TRIAGEM	REALIZAÇÃO CONSULTA	REALIZAÇÃO OUTRA ATIVIDADE	SEM ATIVIDADE NO SETOR DE SM	LOTAÇÃO	REALIZAÇÃO TRIAGEM	REALIZAÇÃO AE	REALIZAÇÃO OUTRA ATIVIDADE	SEM ATIVIDADE NO SETOR DE SM	LOTAÇÃO	REALIZAÇÃO TRIAGEM	REALIZAÇÃO AE	REALIZAÇÃO OUTRA ATIVIDADE	SEM ATIVIDADE NO SETOR DE SM
1	I	1	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1	1	-
22	II	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	II	2	-	2	1	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-
34	III	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
35	III	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
75	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

QUADRO 16- Disponibilidade do I.N. responsável pela C.M. e A.E. realizadas nos CS do DRS-1, SP, segundo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.2

C.S.		M É D I C O					E N F E R M E I R A					O B S T E T R I Z				
Nº NA PESQUI SA	CLASSIFI CAÇÃO NA SES	LOTA ÇÃO	REALI ZA TRI AGEM	REALI ZA CON SULTA	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI VIDADE NO SETOR DE SM	LOTA ÇÃO	REALI ZA TRI AGEM	REALI ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI VIDADE NO SETOR DE SM	LOTA ÇÃO	REALI ZA TRI AGEM	REALI ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI VIDADE NO SETOR DE SM
5	I	1	-	1	-	-	2	-	-	1	1	2	-	2	-	-
8	I	1	-	1	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	1
24	II	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	III	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	III1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	III1	1	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
48	IV	1	-	1	-	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
50	IV	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
53	IV	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
87	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
102	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
107	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
112	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
113	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

QUADRO 17 - Disponibilidade do I.N. responsável pela C.M. e A.E. realizadas nos CS do DRS-1, SP, segundo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.3

C.S.		M É D I C O					E N F E R M E I R A					O B S T E T R I Z				
Nº NA PESQUI-SA	CLASSIFI- ÇÃO NA SES	LOTA- ÇÃO	REALI- ZA TRIA- GEM	REALI- ZA CON- SULTA	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR SM	LOTA- ÇÃO	REALI- ZA TRI- GEM	REALI- ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR SM	LOTA- ÇÃO	REALI- ZA TRI- GEM	REALI- ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR SM
12	I	1	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1	1	-
13	I	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
28	II	1	-	1	1	-	1	-	-	-	1	1	-	1	1	-
43	III	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
57	IV	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
118	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
119	V	1	-	1	1	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
120	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
132	V	2	-	2	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

QUADRO 18 - Disponibilidade do I.N. responsável pela C.M. e A.E. realizadas nos CS do DRS-1, SP, segundo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1. 4

C.S		M É D I C O					E N F E R M E I R A					O B S T E T R I Z				
Nº NA PESQUI SA	CLASSIFI ÇÃO NA SES	LOTA ÇÃO	REALI ZA TRI AGEM	REALI ZA CON SULTA	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR DE SM	LOTA ÇÃO	REALI ZA TRI AGEM	REALI ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR DE SM	LOTA ÇÃO	REALI- ZA TRI AGEM	REALI ZA AE	REALIZA OUTRA A TIVIDADE	SEM ATI- VIDADE NO SETOR DE SM
17	I	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	3	-	2	-	1
21	I	1	-	1	1	-	1	-	-	1	-	4	-	2	-	2
29	II	1	-	1	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
30	II	1	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	1	-
45	III	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46	III	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58	IV	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
59	IV	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
67	IV	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
69	IV	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
70	IV	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
72	IV	2	-	2	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
142	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
148	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
149	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
150	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
158	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
159	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
163	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
186	V	1	-	1	1	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
187	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
193	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
194	V	1	-	1	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

dros nºs 15 a 18 temos:

- 59 médicos em exercício efetivo nos centros de saúde da amostra: 8 na R.1.1; 16 na R.1.2; 11 na R.1.3 e 24 na R.1.4.

A caracterização desta hora/instrumento será tratada posteriormente.

- das 29* enfermeiras em exercício no DRS-1, 12 foram localizadas nas unidades sanitárias estudadas; assim distribuídas:

- . 2 na R.1.1; 4 na R.1.2; 2 na R.1.3 e 4 na R.1.4, cada uma com 1.440 horas/trabalho disponíveis;

- . há previsão para exercício da hora/enfermeira somente nos centros de saúde I e II em virtude da escassez do instrumento, tendo sido identificada a sua presença somente em 1 centro de saúde tipo III da amostra;

- Quanto às obstetrizes não foi possível conhecer o seu dimensionamento global; sua presença efetiva foi identificada com a seguinte distribuição: total 21:

- . 4 na R.1.1; 3 na R.1.2; 5 na R.1.3 e 9 na R.1.4.

Estes resultados foram utilizados para estruturação do Quadro de Computação - Anexo IV do qual foram extraídos os dados para o teste de associação dessa variável com o tempo de espera.

* Informação obtida da relação fornecida pelo Serviço de Enfermagem do Nível Central da C.S.C. - S.E.S. - SP.

3.5.1 Teste da relação com o instrumento nuclear

A Tabela 23 registra as gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a presença do instrumento nuclear. Esses dados foram reelaborados, conforme a Tabela 24 para aplicação do teste da mediana.

O valor do χ^2 calculado é 45,805, superior, portanto, àquele tabulado (7,815) para os graus de liberdade e nível de confiança de 95%. Pode-se rejeitar, então, a hipótese nula.

Concluiu-se, portanto, que o tempo de espera está relacionado com o instrumento nuclear, sendo maior naqueles centros de saúde que possuem enfermeira e obstetriz e bastante pequeno naqueles que possuem somente obstetriz.

TABELA 23-Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a presença do instrumento nuclear. SP,1979.

TEMPO DE ESPERA (dias)	PRESENÇA DO INSTRUMENTO NUCLEAR			
	ENFERMEIRA E OBSTETRIZ	SOMENTE ENFERMEIRA	SOMENTE OBSTETRIZ	SEM ENFERMEI RA OU OBSTET.
0	232	102	139	818
- 1 - 10	48	25	5	161
11 - 20	17	2	-	19
21 - 40	43	4	-	40
41 - 80	6	2	2	16
81 -120	2	-	1	4
TOTAL	348	135	147	1.058

TABELA 24 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e a presença do instrumento nuclear (teste da mediana). SP, 1979.

POSIÇÃO RELATIVAMENTE À MEDIANA COMUM	PRESENÇA DO INSTRUMENTO NUCLEAR				TOTAL
	ENFERMEIRA O OBSTETRIZ	SOMENTE ENFERMEIRA	SOMENTE OBSTETRIZ	SEM ENFERMEIRA OU OBSTET.	
Não excedem	232 (266,15)	102 (103,25)	139 (112,43)	818 (809,17)	1.291
Excedem	116 (81,85)	33 (31,75)	8 (34,57)	240 (248,83)	397
TOTAL	348	135	147	1.058	1.688

Nota: os números entre parênteses são as frequências esperadas sob a hipótese nula.

$$\chi^2_{\text{calc.}} = 45,805$$

Poderíamos estranhar que a prova da associação desta variável indique uma correlação do aumento do tempo de espera nas unidades sanitárias onde estão disponíveis os 3 instrumentos: o médico, pois ele é essencial para a prestação da assistência, por isto não foi mencionado, a enfermeira e a obstetriz. Desde que os 3 são capacitados para o cumprimento da função primordial da assistência de saúde à gestante, sem nos determos no aspecto do gradiente envolvido nessa habilitação, seria lógico o resultado oposto: o tempo de espera deveria tender a diminuir onde os três instrumentos se achassem presentes. Algumas suposições e algumas certezas podem ser invocadas para explicar o fenômeno. Como certeza estão aí os resultados do levantamento, alguns já apresentados e discutidos: a enfermeira só é designada para as unidades de atendimento mais complexo, os centros de saúde tipo I e II, sendo que nos centros de saúde tipo III os cargos de enfermeira estão vagos por escassez do profissional*. Nos centros de saúde, de programação mais desenvolvida, pelo menos os do tipo I, já houve uma associação positiva entre o aumento do tempo de espera e o tipo do centro de saúde. Esta é uma das razões que explicaria a tendência do teste na presente variável. Os dados básicos são os mesmos, o que mudou foram as circunstâncias sob que são apresentados esses dados no estudo do relacionamento desta variável.

Além disto, foi verificado, analisado e discutido no estudo do relacionamento tempo de espera e cobertura, que as associações que interligam as flutuações destes dois fenômenos podem provavelmente ser motivadas pela qualidade de diversos outros atributos da consulta médica os quais estão igualmente presentes na estrutura subjacente desta variável; afinal, dela não foi excluída, apenas não foi mencionada, a hora/instrumento da consulta médica, responsável pela exis

* Informação extraída do documento já referido neste item, procedente do Serviço de Enfermagem - C.S.C. - S.E.S. - SP.

tência da variável dependente que é um dos vértices desse triângulo que observamos.

Como suposição podemos levantar questões: se as enfermeiras e obstetrizes estivessem atuando plenamente ou se pudessem atuar plenamente na prestação da assistência de enfermagem, talvez a associação com a variável "disponibilidade do instrumento nuclear..." não tivesse sido positiva. Esta suposição será discutida oportunamente.

3.6 Variável "Trimestre da gestação ao tempo da inscrição".

Como ficou dito no Capítulo VI as gestantes selecionadas para constituírem a amostra nos centros de saúde, foram identificadas por meio das fichas arquivadas nesses centros. Dessas fichas retiramos os dados com que construimos as Tabelas de nº 9 a 12 em que apresentamos uma amostra do volume de inscrições havidas no tempo do estudo, distribuída conforme o trimestre da gestação em que a inscrição se deu, segundo o centro de saúde focalizado e a Regional a ele referente.

Na R.1.1 (Tabela 9) como podemos ver das 237 inscrições selecionadas a maior porção - 109, concentrou-se no 2º trimestre (45,99%), ficando 90 (37,97%) no 1º e 38 (16,03%) no 3º.

Na R.1.2 (Tabela 10) das 621 inscrições havidas foi a seguinte a distribuição:

- 221 (35,59%) no 1º trimestre
- 315 (50,72%) no 2º trimestre
- 85 (13,69%) no 3º trimestre.

Na R.1.3 as 201 inscrições ficaram assim distribuídas, Tabela 11:

- 59 (29,35%) no 1º trimestre
- 113 (56,22%) no 2º trimestre

TABELA 9-Número de gestantes inscritas por idade de gestação, nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias DRS-1, SP - incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS, conforme amostra colhida no local. SP, 1979.

R.1.1						
TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NAPESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	INSCR. NO 1º TRIMEST.	INSCR. NO 2º TRIMEST.	INSCR. NO 3º TRIMEST.	TOTAL
I	1	Santa Cecília	23	13	6	42
II	22	Santa Cecília	9	22	6	37
II	23	Belenzinho	17	27	7	51
III	34	Belenzinho	11	14	7	32
III	35	Belenzinho	17	25	2	44
V	75	Belenzinho	6	10	-	16
V	81	Vila Mariana	9	3	3	15

TABELA 10- Número de gestantes inscritas por idade da gestação nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o Tipo de CS, conforme amostra colhida no local. SP, 1979.

R.1.2

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	INSCR. NO 1º TRIMES.	INSCR. NO 2º TRIMES.	INSCR. NO 3º TRIMES.	TOTAL
I	5	Vila Maria	19	16	4	39
I	8	S.Miguel Paulista	18	26	5	49
II	24	Mogi das Cruzes	26	36	12	74
III	36	Vila Maria	20	17	5	42
III	40	Penha de França	26	31	3	60
III	41	Penha de França	1	7	1	9
IV	48	Guarulhos	27	41	14	82
IV	50	Mogi das Cruzes	6	12	9	27
IV	53	Penha de França	14	19	3	36
V	84	Penha de França	37	54	9	100
V	85	Vila Maria	6	7	3	16
V	87	Vila Maria	3	6	2	11
V	102	Penha de França	5	8	1	14
V	107	Penha de França	10	15	4	29
V	112	São Miguel Paulista	2	6	4	12
V	115	São Miguel Paulista	7	4	1	12

TABELA 11-Número de gestantes inscritas por idade da gestação nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1,SP, incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS, conforme amostra colhida no local. SP, 1979.

R.1.3

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	INSCR. NO 1º TRIMES	INSCR. NO 2º TRIMES.	INSCR. NO 3º TRIMES.	TOTAL
I	12	S. Bernardo do Campo	14	22	3	40
I	13	S. Caetano do Sul	14	19	5	38
II	28	S. Bernardo do Campo	2	11	3	16
III	43	Jabaquara	15	39	9	63
IV	57	Vila Prudente	3	7	1	11
V	118	Santo André	3	1	2	6
V	119	Santo André	4	2	6	12
V	120	Santo André	1	3	2	6
V	132	Vila Prudente	3	3	-	6
V	135	Vila Prudente	-	11	1	12

TABELA 12-Número de gestantes inscritas por idade da gestação nos meses de janeiro a setembro de 1979 nas unidades sanitárias do DRS-1, SP incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS, conforme amostra colhida no local. SP, 1979.

R.1.4

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PESQUISA	DISTRITO SANITÁRIO	INSCR. NO 1º TRIMES.	INSCR. NO 2º TRIMES.	INSCR. NO 3º TRIMES.	TOTAL
I	17	Butantã	7	10	3	20
I	21	Santo Amaro	10	22	8	40
II	29	Osasco	22	43	11	76
II	30	Butantã	29	21	1	51
III	45	Nossa Senhora do Ó	17	24	5	46
III	46	Tucuruvi	13	21	1	35
IV	58	Osasco	13	22	7	42
IV	59	Osasco	6	16	2	24
IV	67	Lapa	4	6	2	12
IV	69	Nosa Senhora do Ó	2	7	-	9
IV	70	Tucuruvi	7	25	4	36
IV	72	Itapecerica da Serra	13	36	12	61
V	142	Osasco	25	27	11	63
V	148	Butantã	16	26	11	53
V	149	Butantã	4	7	3	14
V	150	Butantã	4	7	2	13
V	158	Lapa	5	7	-	12
V	159	Lapa	9	7	2	18
V	163	Lapa	2	1	3	6
V	186	Santo Amaro	13	16	5	34
V	187	Santo Amaro	11	13	12	36
V	193	Itapecerica da Serra	4	6	3	13
V	194	Itapecerica da Serra	-	2	1	3

- 29 (9,64%) no 3º trimestre.

Na R.1.4 as 736 inscrições distribuíram-se da seguinte forma (Tabela 11):

- 236 (32,07%) no 1º trimestre
- 391 (53,13%) no 2º trimestre
- 109 (14,81%) no 3º trimestre

A tendência observada nas outras Regionais foi idêntica a da R.1.1, com a maior concentração de inscrições caindo no 2º trimestre, como, aliás, é a moda já observada em nossos serviços, segundo relato de *Cíari Jr. C. et al*¹⁹.

Os dados citados também prestaram-se para a elaboração do Quadro 36 em que apresentamos a média da idade gestacional ao tempo da inscrição em cada unidade sanitária discriminada por Regional.

O tempo de espera das gestantes amostradas foi processado, utilizando-se também estes dados relativos à idade da gestação.

Achamos importante e interessante testar-se esse tempo de espera flutuaria com as variações da idade da gestação em que as gestantes se inscreveram.

Os resultados do teste, embora indicando outra problemática, estão dentro do contexto encontrado.

3.6.1 Teste da relação com a idade da gestação.

A distribuição das gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a idade da gestação é aquela da Tabela 25.

Foram reelaborados os elementos para aplicação do teste da mediana, como se mostra na Tabela 26.

O χ^2 encontrado é 1,366, que é menor que o tabulado (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, assim, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que o tempo de espera da consulta não está relacionado com a idade da gestação.

TABELA 25 - Gestantes segundo o tempo de espera da consulta e a idade da gestação. SP, 1979.

TEMPO DE ESPERA (dias)	IDADE DA GESTAÇÃO		
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
0	454	650	187
1 - 10	84	119	36
11 - 20	17	21	-
21 - 40	53	40	14
41 - 80	12	13	1
81 - 120	5	2	1
TOTAL	605	845	238

TABELA 26 - Gestantes segundo a mediana do tempo de espera da consulta e a idade da gestação (teste da mediana). SP, 1979.

POSIÇÃO RELATIVA- MENTE À MEDIANA COMUM	IDADE DA GESTAÇÃO			TOTAL
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	
Não excedem	454 (462,71)	650 (646,26)	187 (182,03)	1.291
Excedem	151 (142,29)	195 (198,74)	51 (55,97)	
TOTAL	605	845	238	1.688

Nota: os números entre parênteses são as frequências esperadas sob a hipótese nula.

$$x^2_{\text{calc.}} = 1,366$$

A conclusão do teste de relação com o trimestre da gestação indica uma situação subliminar diferente da que se apresenta superficialmente: se olhamos por um lado o grande percentual de tempo de espera normal identificado contaríamos com uma justificativa para nos despreocuparmos com o problema da espera que ao nível em que se evidenciou não teria significância. Entretanto, diante das diversas embricações, com características duvidosas, dos atributos da consulta médica considerados indicadores de qualidade dos serviços, vemos que o exame do comportamento da variável dependente teve o mérito de deixar a descoberto um contexto cheio de aspectos questionáveis. As gestantes que não esperaram pela consulta foram, em termos de relatividade, uma parcela pequena, por sua vez não significativa do universo das gestantes esperadas e a quantidade de assistência que receberam apresentou deficit frente à aconselhável. A quantidade de gestantes submetidas a espera para a consulta médica sofreu esta espera indiscriminadamente, mesmo tendo se apresentado para a consulta médica no 2º ou no 3º trimestre da gestação.

Os especialistas na assistência à saúde materna dão a maior ênfase à influência exercida pelos cuidados dispensados à gestante no pré-natal^{sobre} os resultados da gravidez. Há uma campanha acirrada para que se estudem os fatores que dificultam a atenção precoce e se adotem medidas de correção desses fatores. Donabedian, A. et al²⁵ ao falarem dos 59% das gestantes que identificou como submetidas a cuidados pré-natais inadequados, salienta a urgência de se intensificar a educação do público para o esclarecimento da necessidade dos cuidados precoces na gestação e da descoberta dos obstáculos à essa assistência na gravidez incipiente. Contudo, este autor faz um reparo importante: os obstáculos estarão nas pessoas que não procuram o cuidado ou no tipo de assistência que lhes é oferecida? Tokuhata, G.K. et al⁶⁵ no seu importante relatório sobre a análise da relação cuidado pré-natal e anormalidades obstétricas, dizem que quanto mais cedo a cliente começa o controle pré-natal, melhores os resulta

dos da gestação, principalmente em relação à prematuridade com referência ao feto e em relação às complicações da gravidez (toxemias, infecções e hemorragias, entre outras), com referência à mãe.

Sernent, R.E. et al⁶² recomendam que os exames acurados para seleção das gestantes portadoras de alto risco sejam feitos no início da gestação, ou mesmo antes dela. É o que recomendam também Ciari, Jr. C. et al^{14,15,16}.

Korrey, J.F. et al²¹ dizem que o desconhecimento do início da gravidez juntamente com a primeira consulta médica tardia, são os responsáveis pela quadriplicação da taxa de mortalidade perinatal.

Para finalizar esta série de depoimentos sobre um problema que entre nós aparentemente não pode nem ainda ser prioritário, Monahan, H.B. et al⁴¹ dão como indicador de boa qualidade da assistência pré-natal o início do controle até o princípio do 2º trimestre, o 4º mês da gestação Ciari, Jr. C. et al^{16,19} reduzem essa época para o 1º trimestre.

3.7 Variáveis independentes complementares.

Dadas as limitações deste estudo só foi possível aplicarmos os testes de comprovação de hipótese para as variáveis analisadas e discutidas até aqui.

Quanto às restantes variáveis independentes que relacionamos no Capítulo V (Variáveis) nós as qualificamos de "complementares", como as denominamos neste sub-ítem; com os dados que sobre elas levantamos apresentamos os resultados em forma gráfica. O objetivo desejado foi proporcionarmos uma visão figurada das associações que apresentam com o tempo de espera. Para isto construimos as Figuras nº 2 e 3 que são apresentadas neste sub-ítem.

FIGURA 2 - Gráfico de associação do tempo de espera com algumas variáveis independentes, segundo as Regionais do DRS-1, São Paulo, 1979.

FIGURA 3 - Gráfico de associação do tempo de espera de gestantes inscritas nos Centros de Saúde de do DRS-1, SP, para consulta médica no pré-natal e algumas variáveis independentes, segundo o tipo de Centro de Saúde - São Paulo, 1979.

3.7.1 Modalidade do processo de atendimento das gestantes nos centros de saúde visando seu encaminhamento para a primeira consulta médica no pré-natal.

Os dados referentes a esta variável foram colhidos diretamente nos centros de saúde por meio do levantamento de dados até então existentes mas não registrados. Estes depois de processados, foram lançados nas Tabelas de nº 13 a 16.

Os elementos que integram a variável são as formas de atendimento:

- agendamento;
- demanda reprimida (limitada);
- demanda aberta (ilimitada);

Os resultados nos mostram que nas 4 Regionais os modos adotados para a inscrição de gestantes foram:

- os agendamentos são preferidos em 30 centros de saúde;
- a demanda limitada é usada em 19 unidades;
- a demanda aberta aparece como a moda em 7 unidades.

As considerações que se podem fazer em torno deste achado ligam-se especialmente à cobertura, à disponibilidade da hora/médico e ao grau de utilização deste instrumento.

Quanto à cobertura, pode-se associá-la quando baixa, à repressão da demanda exercida pelo agendamento e limitação de atendimentos, que é uma forma de agendamento não aparente, em que a cliente é convidada a voltar em outra ocasião se a quantidade de atendimento dimensionada já tiver sido esgotada. Estas duas modalidades participam por certo na explicação do baixo tempo de espera identificado na maioria dos centros de saúde. Para reforçar esta suposição citamos

TABELA 13 - Processo de inscrição das gestantes nos CS do DRS-1, SP, seguindo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.1

CENTROS DE SAÚDE		PROCESSO DE INSCRIÇÃO		
Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO NA SES	AGENDAMENTO	DEMANDA REPRIMIDA	DEMANDA ABERTA
1	I	-	1	-
22	II	-	-	1
23	II	-	1	-
34	III	1	-	-
35	III	-	-	1
75	V	-	-	1
81	V	-	1	-
TOTAL		1	3	3

TABELA 14 - Processo de inscrição das gestantes nos CS do DRS-1, SP, seguindo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.2

CENTROS DE SAÚDE		PROCESSO DE INSCRIÇÃO		
Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO NA SES	AGENDAMENTO	DEMANDA REPRIMIDA	DEMANDA ABERTA
5	I	1	-	-
8	I	1	-	-
24	II	-	1	-
36	III	1	-	-
40	III	1	-	-
41	III	-	1	-
48	IV	1	-	-
50	IV	-	-	1
53	IV	-	-	1
84	V	1	-	-
85	V	1	-	-
87	V	1	-	-
102	V	1	-	-
107	V	1	-	-
112	V	1	-	-
115	V	1	-	-
TOTAL		12	2	2

TABELA 15-Processo de inscrição das gestantes nos CS do DRS-1 SP, seguindo a classificação do CS e a numeração do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.3

CENTROS DE SAÚDE		PROCESSO DE INSCRIÇÃO		
Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO NA SES	AGENDAMENTO	DEMANDA REPRIMIDA	DEMANDA ABERTA
12	I	-	1	-
13	I	-	1	-
28	II	-	1	-
43	III	1	-	-
57	IV	-	1	-
118	V	-	1	-
119	V	-	1	-
120	V	-	1	-
132	V	-	1	-
135	V	1	-	-
TOTAL		2	8	-

TABELA 16 -Processo de inscrição das gestantes nos CS do DRS-1
SP, seguindo a classificação do CS e a numeração do
mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.4

CENTROS DE SAÚDE		PROCESSO DE INSCRIÇÃO		
Nº DA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO NA SES	AGENDAMENTO	DEMANDA REPRIMIDA	DEMANDA ABERTA
17	I	1	-	-
21	I	-	-	1
29	II	1	-	-
30	II	-	-	1
45	III	1	-	-
46	III	1	-	-
58	IV	1	-	-
59	IV	-	1	-
67	IV	1	-	-
69	IV	1	-	-
70	IV	-	1	-
72	IV	1	-	-
142	V	1	-	-
148	V	-	1	-
149	V	1	-	-
150	V	1	-	-
158	V	1	-	-
159	V	-	1	-
163	V	1	-	-
186	V	1	-	-
187	V	-	1	-
193	V	-	1	-
194	V	1	-	-
TOTAL		15	6	2

ocorrências verificadas em alguns centros de saúde em que observamos o fenômeno da demanda reprimida. A propósito foi sugerido no centro de saúde nº 8 da R.1.2, em que foi verificada uma porcentagem significativa (79,60% de gestantes atingidas) de tempo de espera anormal, que a identificação do tempo de espera fosse feita previamente à inscrição e não somente entre esta e a primeira consulta. Por contarmos com seria limitação de tempo pudemos apenas registrar a sugestão para estudo em tempo oportuno.

Por sua vez é evidente que o mecanismo da repressão liga-se ao baixo grau de utilização do instrumento hora/médico observado na maioria das unidades sanitárias estudadas. Se essa hora/instrumento fosse utilizada segundo sua disponibilidade, ainda que o agendamento existisse teria somente o caráter disciplinador da demanda e não o repressor.

3.7.2 Neste sub-item apresentaremos e discutiremos quatro de nossas variáveis independentes complementares:

- grau de alcance das metas normalizadas de concentração da consulta médica;
- rendimento da hora/médico verificada e grau de utilização do instrumento nuclear;
- média da idade gestacional ao tempo da inscrição.

Os dados que caracterizam estas variáveis estão apresentados nos Quadros de nºs 19 a 27 e ilustrados nas Figuras 2 e 3.

O objetivo de sua utilização é apresentarmos subsídios para complementar a caracterização da nossa variável dependente visando adicionarem-se elementos elucidativos nas configurações da assistência prestada às gestantes nos centros de saúde da amostra.

O grau de alcance das metas normalizadas de concentração da consulta médica, foi conseguido a partir dos dados

relativos a:

- volume de gestantes inscritas tirado dos Quadros de n^os 7 a 10;
- volume de consultas médicas e de atendimento de enfermagem, disponíveis nos Quadros de 28 a 31.

Com este material fizemos o cálculo da produção conseguida e usando a fórmula:

$$C_n = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ consultas realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ gestantes inscritas}}$$

conseguimos a concentração alcançada de consultas médicas oferecidas as gestantes nos centros de saúde. Este resultado foi lançado também nos Quadros de n^o 19 a 22, de 23 a 27, e 37. Também foi utilizado para construção das Figuras 2 e 3.

À primeira vista a projeção nas Figuras 2 e 3, da concentração realizada leva-nos a pensar que a concentração foi alta para todas as Regionais e todos os centros de saúde da amostra. Entretanto é um efeito ilusório pois deve-se considerar que a grandeza 100% relativa à concentração equivale a 4 consultas, no mínimo, por gestante durante a gestação e que, toda quantidade menor que esta apresenta um indicador de deficiência da atenção prestada às clientes.

Desta forma podemos ajustar o efeito visual e verificar que somente na R.1.1 a concentração foi de 4,34 conforme é comprovado pelo Quadro n^o 19; aí se vê que, somente 2 unidades desta Regional não atingiram a concentração normalizada. Contudo, fica uma indagação suscitada pela projeção dos outros indicadores: teria sido conseguida uma concentração médica acima do mínimo desejável à custa de uma baixa cobertura por sub utilização do instrumento nuclear? é esta a suposição que se levanta, por exemplo, ao se comparar o grau de 0,03 de utilização do I.N. no centro de saúde n^o 23, com ^o grau de cobertura de 0,66 e uma concentração de 4,25. Nesta Regional o

QUADRO 28-Número de consultas médicas e de atendimento de enfermagem realizados nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias do DRS-1 incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS. SP, 1979.

R.1.1

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PES QUISA	CONSULTAS MÉDICAS			ATEND. ENFERMAGEM	
		ESPERADAS	REALIZAD.	CONCENTR	REALIZAD.	CONCENTR-
I	1	2.004	2.093	4,86	2.260	4,82
II	22	1.960	126	3,31	-	-
II	23	1.772	255	4,55	346	0,77
III	34	484	593	3,50	551	3,67
III	35	1.456	345	4,25	345	3,96
V	75	288	181	4,85	267	4,85
V	81	780	678	5,05	238	0,83

FONTES: SEADE - SEPLAN - SP

Seção de Planejamento. Divisão de Estudos e Programas DRS-1 - C.E.S. - S.E.S.- SP

QUADRO 29-Número de consultas médicas e de atendimento de enfermagem realizados nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias do DRS-1 incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS. SP. 1979.

R.1.2

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PES- QUISA	CONSULTAS MÉDICAS			ATEND.ENFERMAGEM	
		ESPERADAS	REALIZ.	CONCENTR.	REALIZ.	CONCENTR.
I	5	2.364	672	1,56	1.618	3,76
I	8	3.580	1.621	2,22	1.448	1,98
II	24	1.500	472	1,39	75	0,22
III	36	1.420	1.070	6,52	58	0,35
III	40	1.212	238	1,87	174	1,32
III	41	1.908	1.855	4,69	1.865	4,72
IV	48	5.400	562	3,21	428	2,44
IV	50	228	13	0,11	99	0,90
IV	53	808	213	2,95	145	2,01
V	84	476	616	3,58	590	3,43
V	85	2.668	46	2,87	50	3,12
V	87	476	28	1,75	8	0,50
V	102	404	147	2,77	29	0,54
V	107	636	364	3,71	665	3,72
V	112	1.808	15	0,38	17	0,43
V	115	300	172	2,26	-	-

FONTES: SEADE - SEPLAN

Seção de Planejamento - Divisão de EStudos e Progra-
mas DRS-1 - C.E.S. - S.E.S. - SP.

QUADRO 30-Número de consultas médicas e de atendimento de enfermagem realizados nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias do DRS-1 incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS. SP, 1979.

R.1.3

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PES- QUISA	CONSULTAS MÉDICAS			ATEND.ENFERMAGEM	
		ESPERADAS	REALIZ.	CONCENTR.	REALIZAD	CONCENTR.
I	12	344	91	1,93	40	0,85
I	13	7.022	422	2,77	176	1,15
II	28	948	192	1,93	234	2,36
III	43	5.904	1,193	3,62	-	-
IV	57	2.540	86	0,60	231	1,62
V	118	1.216	59	1,40	79	1,88
V	119	240	110	3,54	82	2,64
V	120	432	255	2,04	109	0,87
V	132	636	28	1,40	47	3,03
V	135	1.272	9	0,25	14	0,40

FONTES: SEADE - SEPLAN - SP

Seção de Planejamento - Divisão de Estudos e Programas DRS-1 - C.E.S. - S.E.S. - SP

QUADRO 31- Número de consultas médicas e de atendimento de enfermagem realizados nos meses de janeiro a setembro de 1979, nas unidades sanitárias do DRS-1 incluídas na pesquisa, segundo a Regional e o tipo de CS. SP, 1979.

R.1.4

TIPO DO CS NA SES	Nº DO CS NA PES- QUISA	CONSULTAS MÉDICAS			ATEND. ENFERMAGEM	
		ESPERADAS	REALIZ.	CONCENTR.	REALIZ.	CONCENTR.
I	17	584	660	6,53	184	1,82
I	21	9.128	727	1,54	561	1,19
II	29	968	695	2,88	-	-
II	30	2.348	421	1,55	338	1,24
III	45	2.136	748	5,08	815	5,54
III	46	1.420	688	6,74	-	-
IV	58	1.664	279	1,84	146	0,96
IV	59	708	193	0,42	-	-
IV	67	560	64	5,81	82	7,45
IV	69	2.632	488	5,03	91	0,93
IV	70	476	76	0,57	87	0,65
IV	72	1.344	246	1,82	86	0,63
V	142	1.760	321	4,72	22	0,32
V	148	588	177	3,76	16	0,34
V	149	588	83	0,85	44	0,45
V	150	588	149	3,17	320	6,80
V	158	532	60	1,81	46	0,97
V	159	360	163	3,19	295	5,78
V	163	1.120	45	0,60	318	4,24
V	186	1.828	57	0,80	48	0,67
V	187	1.828	60	1,02	-	-
V	193	480	662	3,26	594	2,92
V	194	900	386	3,03	105	0,82

FONTES: SEADE - SEPLAN - SP

Seção de Planejamento - Divisão de Estudos e Progra
mas DRS-1 - C.E.S. - S.E.S. - SP

maior grau de utilização do I.N. foi 0,78 para uma das unidades, as demais só chegaram até 0,28.

Nas outras Regionais a concentração média global variou de 1,69 na R.1.3 a 2,87 na R.1.4, resultado que podemos classificar, de acordo com os parâmetros discutidos pelos especialistas, como uma produção insuficiente para se proteger a saúde da gestante. Em reforço desta consideração apresentamos o Quadro nº 37 em que se pode verificar o grau de alcance da concentração realizada frente à concentração programada: somente 5 dos centros de saúde estudados apresentaram uma razão ideal nessa comparação: os centros de saúde nºs 1 e 34(R.1.1), 64(R.1.2), 17 e 193 (R.1.4).

Este fato cerca-se ainda de uma característica agravante: no desenvolvimento do nosso levantamento foi possível verificar uma quantidade bastante significativa de fichas especializadas dentro dos prontuários em que se registraram poucas consultas, muitas vezes uma apenas, ao ponto de ser necessário excluir o indivíduo da amostra devido à carência de dados. Este fato, repetido vezes sem conta, juntamente com a exiguidade de informações registradas sobre ocorrências morbidas, leva à suposição de que a continuidade do cuidado deixa a desejar, tornando-se um problema que deve ser colocado em pauta para investigação sistemática e não casual como a que fizemos neste particular.

Quanto ao rendimento instrumental da hora/médico e ao grau de utilização deste instrumento, adotamos para obtê-lo a fórmula:

$$R.I. = \frac{\text{Nº C.M. ao ano}}{\text{total hora médicas}}$$

Para chegarmos a esta fase utilizamos os dados obtidos com o cálculo das horas/médico disponíveis, das horas trabalhadas, e do número de consultas médicas realizadas. Estes dados estão disponíveis nos Quadros de nºs 32 a 35 e dele também faz parte o rendimento instrumental obtido.

QUADRO 37 - Grau de alcance das metas programadas para a consulta médica das gestantes nos centros de saúde da amostra, segundo as Regionais do DRS-1, SP, 1979.

R.1.1		R.1.2		R.1.3		R.1.4	
Nº CS	Grau de alcance da Cn	Nº CS	Grau de alcance da Cn	Nº CS	Grau de alcance da Cn	Nº CS	Grau de alcance da Cn
1	1,04	5	0,28	12	0,26	17	1,13
22	0,06	8	0,45	13	0,06	21	0,08
23	0,14	24	0,31	28	0,20	29	0,72
34	1,23	36	0,75	43	0,20	30	0,18
35	0,24	40	0,20	57	0,03	45	0,34
75	0,63	41	0,97	118	0,05	46	0,48
81	0,87	48	0,10	119	0,46	58	0,17
		50	0,06	120	0,59	59	0,27
		53	0,26	132	0,04	67	0,11
		84	0,29	135	0,01	69	0,19
		85	0,02			70	0,16
		87	0,06			72	0,18
		102	0,36			142	0,18
		107	0,57			148	0,30
		112	0,01			149	0,14
		115	0,57			150	0,25
						158	0,11
						159	0,45
						163	0,04
						186	0,03
						187	0,03
						193	1,38
						194	0,43

QUADRO 32 -Dados básicos para cálculo do R.I. da hora/médico, segundo o tipo do CS no DRS-1, SP e número do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.1

CENTROS DE SAÚDE		Nº CONSUL- TAS MÉDI- CAS ESP.	Nº CONSUL- TAS MÉDI- CAS REALIZ	HORA/MÉDICO DISPONÍVEL	RENDIMENTO INSTRUMENTAL HORA/MÉDICO
CLASSIFICAÇÃO NA PESQUISA	Nº NA PESQUI- SA				
I	1	1.920	2.093	1.440	1,45
II	22	1.960	126	720	0,17
II	23	456	255	1.440	0,17
III	34	5.412	595	360	1,65
III	35	956	345	360	0,95
V	75	1.124	181	144	1,25
V	81	1.592	678	144	4,70

QUADRO 33-Dados básicos para cálculo do R.I. da hora/médico, segundo o tipo do CS no DRS-1, SP e número do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1.2

CENTROS DE SAÚDE			Nº CONSUL	Nº CONSUL-	HORA/MÉDI-	RENDIMENTO
CLASSIFICAÇÃO NA PESQUISA	Nº NA PESQUISA	PES	TAS MÉDI- CAS ESPER.	TAS MÉDICAS REALIZADAS	CO DISPO NÍVEL	INSTRUMENTAL HORA/MÉDICO
I	5		6.232	672	720	0,93
I	8		13.188	1.621	720	2,25
II	24		5.420	472	720	0,65
III	36		1.420	1.070	360	2,97
III	40		1.212	238	360	0,66
III	41		1.908	1.855	360	5,15
IV	48		5.400	562	288	1,95
IV	50		420	13	288	0,04
IV	53		808	213	288	0,73
V	84		476	616	144	4,27
V	85		2.668	46	144	0,31
V	87		476	28	144	0,19
V	102		404	147	144	1,02
V	107		636	364	144	2,52
V	112		1.808	15	144	0,10
V	115		1.808	172	144	1,19

QUADRO 34-Dados básicos para cálculo do R.I. da hora/médico, segundo o tipo do CS no DRS-1, SP e número do mesmo na pesquisa. SP, 1979.

R.1. 3

CENTROS DE SAÚDE		Nº CONSUL	Nº CONSUL	HORA/MÉDI CO DISPO- NÍVEL	RENDIMENTO INSTRUMENTAL HORA/MÉDICO
CLASSIFICAÇÃO NA PESQUISA	Nº NA PESQUISA	TAS MÉDI- CAS ESP-	TAS MÉDI- CAS REALIZ.		
I	12	16.700	91	720	0,12
I	13	5.480	422	720	0,58
II	28	8.852	192	720	0,26
III	43	5.904	1.193	360	3,31
IV	57	2.540	86	288	0,29
V	118	1.216	59	144	0,40
V	119	240	110	144	0,76
V	120	780	255	144	1,77
V	132	636	28	288	0,09
V	135	1.260	9	144	0,06

QUADRO 35-Dados básicos para cálculo do R.I. da hora/médico, segundo o tipo do CS no DRS-1, SP e número do mesmo na pesquisa. SP, 1979,

R.1.4

CENTROS DE SAÚDE		Nº CONSUL- TAS MÉDICAS ESPERADAS	Nº CONSUL- TAS MÉDICAS REALIZADAS	HORA/MÉDI- CO DISPO- NÍVEL	RENDIMENTO INSTRUMENTAL HORA/MÉDICO
CLASSIFICAÇÃO NA PESQUISA	Nº NA PESQUISA				
I	17	584	660	720	0,91
I	21	9.128	727	720	1,00
II	29	6.208	695	720	0,96
II	30	2.348	421	720	0,58
III	45	2.136	748	360	2,07
III	46	1.420	688	360	1,91
IV	58	3.120	279	288	0,96
IV	59	2.028	193	288	0,67
IV	67	1.120	45	288	0,15
IV	69	2.632	488	288	1,69
IV	70	476	76	288	0,26
IV	72	4.656	246	576	0,42
V	142	1.760	321	144	2,22
V	148	588	177	144	1,22
V	149	588	83	144	0,57
V	150	588	149	144	1,03
V	158	532	60	144	0,41
V	159	560	163	144	1,13
V	163	560	64	144	0,44
V	186	1.828	57	144	0,39
V	187	1.828	60	144	0,41
V	193	736	662	144	4,59
V	194	2.000	386	144	2,68

Consideramos estes quadros como um recurso para estruturação dos Quadros comparativos de n^os 19 a 27 e das Figuras 2 e 3.

Tanto o R.I. da hora/médico como o grau de utilização deste instrumento foram baixos em todas as Regionais:

R.1.1 com 1,48 de R.I. e 0,25 de G.U.

R.1.2 com 1,56 de R.I. e 0,26 de G.U.

R.1.3 com 0,76 de R.I. e 0,12 de G.U.

R.1.4 com 1,11 de R.I. e 0,18 de G.U.

É interessante notar que a R.1.2 onde se verificou o maior tempo de espera é a que apresenta o maior R.I. e o maior G.U.. Estes resultados evidenciam a sub utilização do instrumento nuclear horá/médico. O ponto nodal parece estar situado nas causas desta sub utilização; se verificarmos a cobertura vemos que foi globalmente baixa e seríamos levados a supor a existência de um grande tempo ocioso, porém a experiência não comprovada e a literatura referente a este problema conforme Adami¹, Ciari et al^{16,19}, Giron²⁹ e Schor⁶⁰ falam do problema da pequena disponibilidade real da hora/médico devido à curta permanência do instrumento nuclear nos centros de saúde. Não cabe discutir neste trabalho, as causas da sub utilização verificada; a referência é dada apenas como dado informativo para estudo dos fatores que estariam caracterizando essa constante sub utilização. Além da sub utilização da hora/instrumento, outra constatação se delinea: há indícios de que tenha havido super estimativa da hora médica dimensionada: é o fato que se percebe pelo exame da ocorrência da cobertura quando se apresenta com um alto grau de alcance concomitantemente com um alto grau de concentração realizada e um pequeno grau de utilização do I.N. (V. Quadros 19 a 27).

A média da idade gestacional é focalizada aqui como um indicador que qualifica a atenção prestada à gestante.

A propósito dela já apresentamos uma análise e discussão, quando tratamos dos resultados do teste de relacionamento.

to do tempo de espera e trimestre da gestação.

Fizemos o cálculo separado das médias de idade gestacional* por se tratar de dado que se presta à manipulação ao se comparar a qualidade dos atributos da atividade consulta/médica. Os resultados que obtivemos foram usados neste sentido conforme apresentados no Quadro nº 36 mostrado neste item. Também a partir dele construímos os Quadros de nºs 19 a 27 e as Figuras 2 e 3-

De acordo com a farta literatura em que esta variável é estudada, a média da idade gestacional situada no 1º trimestre é um dos indicadores de boa qualidade da assistência à gestante, sendo o ideal para o qual devem tender todos os serviços, usando para isto dos recursos administrativos e educacionais disponíveis.

Os autores salientam que não é suficiente existirem as facilidades institucionais, é necessário que sejam aceitas e utilizadas pela população alvo; isto depende, como se sabe e muito bem salienta *Candeias*¹², do conhecimento adequado dos problemas que podem interferir bloqueando essa utilização, a fim de se planejar e implantar um processo educativo que influua, melhorando-o, no comportamento negativo das gestantes com relação à assistência pré-natal.

Nesta ordem de idéias, somente 2 centros de saúde dos estudados, o nº 30 e o 115 estariam em condições aceitáveis quanto à procura dos serviços pré-natais em idade ótima, pois a média de idade gestacional neles verificada foi de 2 meses e 26 dias e 2 meses e 13 dias respectivamente.

Nas demais unidades, segundo as Regionais as médias globais verificadas foram:

* Aplicamos para esse cálculo a fórmula apresentada por *Ciari et al*¹⁹.

QUADRO 36-Média da idade gestacional das gestantes inscritas nos Centros de Saúde do DRS-1-SP, no período de janeiro a setembro de 1979, segundo a Regional, o tipo de Centro de Saúde e a numeração deste na pesquisa.

R.1.1			R.1.2			R.1.3			R.1.4		
CENTRO DE SAÚDE		MÉDIA DE IDADE GESTACIONAL	CENTRO DE SAÚDE		MÉDIA DE IDADE GESTACIONAL	CENTRO DE SAÚDE		MÉDIA DE IDADE GESTACIONAL	CENTRO DE SAÚDE		MÉDIA DE IDADE GESTACIONAL
Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO-SES		Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO-SES		Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO-SES		Nº NA PESQUISA	CLASSIFICAÇÃO-SES	
I	1	3m 11 d	5	I	3m 23 d	12	I	4m 6 d	17	I	3m 15 d
II	22	4m 6 d	8	I	3m 24 d	13	I	3m 29 d	21	I	4m 11 d
II	23	4m 5 d	24	II	4m 8 d	28	II	4m 23 d	29	II	3m 28 d
III	34	4m 13 d	36	III	3m 7 d	43	III	4m 9 d	30	II	2m 26 d
III	35	3m 22 d	40	III	3m 11 d	57	IV	4m 2 d	45	III	3m 25 d
V	75	3m 9 d	41	III	4m 9 d	118	V	4m 2 d	46	III	3m 19 d
V	81	3m 28 d	48	IV	4m 7 d	119	V	3m 23 d	58	IV	4m 9 d
			50	IV	5m 9 d	120	V	5m 3 d	59	IV	4m 8 d
			53	IV	3m 25 d	132	V	3m 29 d	67	IV	3m 7 d
			84	V	3m 21 d	135	V	4m 23 d	69	IV	3m 26 d
			85	V	4m 9 d				70	IV	4m 19 d
			87	V	4m 13 d				72	IV	4m 8 d
			102	V	4m 6 d				142	V	3m 25 d
			107	V	4m 5 d				148	V	4m 12 d
			112	V	4m 22 d				149	V	4m 12 d
			115	V	2m 13 d				150	V	4m 12 d
									158	V	3m 9 d
									159	V	3m 25 d
									163	V	5m 12 d
									186	V	3m 23 d
									187	V	4m 17 d
									193	V	4m 15 d
									194	V	4m 21 d
3m 26 d			3m 29 d			4m 9 d			4m 2 d		

- R.1.1 - 3 meses e 26 dias;
- R.1.2 - 3 meses e 29 dias;
- R.1.3 - 4 meses e 9 dias;
- R.1.4 - 4 meses e 2 dias.

Em 2 centros de saúde o nº 50 na R.1.2 e o nº 163 na R.1.4 as médias foram: no 1º: 5 meses e 9 dias e no 2º: 5 meses e 12 dias.

No centro de saúde nº 50, a título de ilustração, salientamos que a cobertura alcançada foi de 101,90% com um grau de alcance de 2,26 (sendo 1 a razão desejável), a concentração real foi de 2,95, o R.I. 0,04 e o grau de utilização instrumental foi de 0,006.

Se correlacionarmos todos estes resultados temos um quadro que fala por si quanto às adequações dos atributos da atividade consulta médica, essencial no cuidado pré-natal.

3.7.3 Variável independente complementar "atuação do instrumento nuclear responsável pela consulta médica e pelo atendimento de enfermagem".

Deste item excluimos o instrumento nuclear da consulta médica por já ter sido retro focalizado.

Informações sobre a quantidade dos instrumentos hora/enfermeira e hora/obstetriz já foram proporcionadas no item 3.5 ao relatarmos os resultados do estudo da variável "disponibilidade do instrumento nuclear...".

Aqui os aspectos que são do nosso interesse focalizar são as atividades que estes dois instrumentos realizam ou deveriam realizar dentro do setor de saúde materna.

Assim sendo, a partir do levantamento de dados não registrados configuramos a seguinte situação (apresentada nos Quadros nºs 15 a 18):

- As 12 enfermeiras cuja presença foi identificada distribuem-se nas 4 Regionais a saber:

- . 2 na R.1.1
- . 4 na R.1.2
- . 2 na R.1.3
- . 4 na R.1.4

As atividades* que estas 12 enfermeiras realizam têm a seguinte estrutura:

AE + S- 1 enfermeira(8,33%);
 S - 5 enfermeiras (41,66%);
 OAS - 2 enfermeiras (16,66%);
 OAF - 5 enfermeiras (41,66%) (não atuam no setor);
 T - Nenhuma

As 21 obstetrizes presentes nas Regionais desempenham as seguintes atividades:

AE - 17 obstetrizes (80,95%);
 S - 2 obstetrizes (9,52%);
 OAS - 7 obstetrizes (33,33%);
 OAF - 4 obstetrizes (19,04%) (não atuam no setor);
 T - Nenhuma

Algumas destas atividades são desempenhadas simultaneamente, quer pelas enfermeiras, quer pelas obstetrizes, daí a porcentagem global ultrapassar 100%. Interessou-nos apresentar os percentuais tendo em vista a evidência da atividade "OAF" que consideramos injustificável racionalmente, tanto quanto o não conhecimento do problema em profundidade, nos permite exarar um parecer. Para emitir esta opinião, nós nos baseamos no conhecimento não empírico da situação e na experiência de autores que estudaram o assunto, pois sabemos que a subutilização destes 2 instrumentos no setor de saúde materna é um fato. As razões são múltiplas, algumas citadas em outros

* AF = atendimento de enfermagem; S = supervisão; OAS = outras atividades no setor; OAF = outras atividades fora do setor; T = triagem.

trabalhos como em *Adamí*¹ as quais podemos transpor para este nosso, dada a sua propriedade: o não reconhecimento das disponibilidades profissionais destes 2 instrumentos, principalmente pela classe médica.

Os problemas operacionais e funcionais dos centros de saúde, condicionando os desvios evidentes de funções, são outras razões existentes, como é o caso de enfermeiras e obstetrias designadas para o desempenho de atividades restritas às salas de curativos e injeções ou para funções burocráticas.

Cabe também lembrar ocorrências ligadas a necessidades advindas do nosso subdesenvolvimento: os problemas de morbididades evitáveis por meio da vacinação ainda são prioritários pela nossa precariedade em educação sanitária e campanhas que se impõem para o seu controle absorvem uma parte razoável das horas/trabalho disponíveis das enfermeiras e às vezes das obtettrizes.

Também merecendo comprovação empírica existe o fato do despreparo das enfermeiras para atividades específicas em saúde materna. A observação não testada mostra que este profissional muitas vezes é ausente em relação ao setor porque não possui o conhecimento necessário que lhe daria a segurança do desempenho, portanto, o ajustamento na função.

Este despreparo também existe em relação ao processo elementar da prestação de assistência de enfermagem e ao desempenho da função administrativa, como relatou *Adamí*¹ em trabalho recente.

Podemos, então conjecturar se a não atuação ou a pequena atuação das enfermeiras estaria contribuindo, e quanto, para a vigência do quadro que se delineou ao exame dos resultados do levantamento realizado para embasar este trabalho. Quanto poderia contribuir para melhorar a situação, a plena e adequada utilização dos 2 instrumentos nucleares em apreço?

Os autores consultados são unânimes em enfatizar a necessidade da participação da enfermeira e obstetriz não só como força de trabalho direto, mas também como agente multiplicador e regulador na assistência à gestante.

Fala-se da responsabilidade da enfermeira em assumir a independência do seu desempenho, no preparo do qual a Nação sofre um ônus que necessita ser justificado, e não o será pela sub utilização - *Dantas*²³ diz que à enfermagem cabe definir sua própria estratégia de ação e para isto é urgente avaliar a atuação da enfermagem, especificamente nos setores da Assistência à Maternidade e a Infância, com o fito de determinar as diretrizes de preparo e trabalhos futuros.

*Barros, S. & Pinto*¹⁰ ressaltam que "a educação dos profissionais deve estar voltada para uma crítica sobre a prática profissional numa atitude coerente e inovadora".

*Nascimento*⁴⁵ ao focalizar a contribuição do enfermeiro obstetra na prevenção do alto risco, fala da necessidade da atuação do enfermeiro obstetra (ou não, desde que habilitado a isto) além da prestação da assistência direta, também nas etapas de diagnóstico da situação e no planejamento consequente-

A este propósito *Ciêto*²⁰ enfatiza as necessidades de se fazerem pesquisas em enfermagem e de se prepararem as enfermeiras para isto, pois, só com base em inquéritos sistemáticos se conseguirá um atendimento adequado das necessidades reais. Essas considerações reforçam o nosso parecer quanto à necessidade de se procurar conhecer "de visu" a situação do grupo gestantes e estudar qual seria a participação racional e ideal da enfermagem no tratamento da problemática existente. *Gentile de Mello*²⁸ dá ênfase à importância da participação da enfermeira no planejamento da assistência à saúde, salientando o alto custo do profissional para que seja desviado para tarefas delegáveis e a capacidade comprovada de atuações da enfermagem já registrada nesta área do trabalho em saúde.

*Adams*² orientando sobre a utilização da estatística em saúde pelas enfermeiras, salienta a necessidade de ser assumida pelas enfermeiras e obstetrizes a responsabilidade que lhes compete na elevação do nível de saúde das mães e filhos. Para isto ressaltamos seu parecer quanto à importância da i

dentificação das necessidades da população alvo.

Neste mesmo sentido, como reforço, citamos *Calnan*¹¹ que fala em especial do perigo da prática por intuição; *Lewis*³⁹, quando diz que a prática do processo de enfermagem pode dar à enfermeira a segurança de que necessita para fazer face às necessidades dos pacientes que assiste, salientando as fases deste processo e entre elas a do diagnóstico da situação; *Duarte*²⁷, expõe exemplos de diagnóstico da atuação da enfermeira em saúde materna e justifica plenamente a contribuição deste profissional na atenção direta à gestante sadia.

*Shalesinger*⁵⁹ no seu trabalho sobre a influência de necessidades interrelacionadas, informa sobre os resultados e recomendações quanto à identificação das necessidades, não somente das clientes, mas também da instituição e dos profissionais; pondera sobre o papel dos diversos membros da equipe em saúde materna e relaciona os resultados sobre as necessidades identificadas: entre elas destacamos a da identificação e a preciação do papel executado pelos diversos membros. Sobre as considerações de *Kraegel*³⁴ nós nos apoiamos também para salientar a necessidade de basear a assistência nas necessidades dos pacientes. Este autor comenta que o problema da insuficiência das enfermeiras está igualmente no seu mau aproveitamento e na falta de estudos que demonstrem os benefícios de sua melhor utilização. Ele ressalta que, quando as necessidades das pacientes não são o foco da assistência, outras necessidades fazem um sifão dos recursos e energias em detrimento das assistidas.

*Reeder*⁵⁶, com muita propriedade discorre sobre esses possíveis benefícios a que nos referimos acima, dizendo que a investigação tem provado que, quando as enfermeiras ampliam seu papel e são membros atuantes da equipe, há uma notável diminuição das faltas das gestantes às consultas pré-natais e redução da mortalidade infantil. Fala também da necessidade de se orientar a enfermeira sobre suas funções na saúde materna para que seja de utilidade efetiva, principalmente no con

trole da gestante sadia.

Por fim, *Horta*³² reforça todos esses pareceres com sua conhecida ênfase, sobre a necessidade de se aplicar o processo de enfermagem na assistência dos pacientes e sobre a necessidade condicionante e conseqüente de se preparar a enfermeira (e a obstetriz) para este desempenho.

Contudo, para que possa ser mudado o estado atual das coisas, em que, para ilustrar, lembremos-nos do exposto há pouco: de 12 enfermeiras existentes em 11 unidades sanitárias, 5 não têm a menor atuação no setor de saúde materna e de 21 obstetrizes, cuja atribuição específica seria o desempenho do cargo neste setor, 4 não atuam absolutamente aí, será necessário um estudo mais amplo e mais profundo que este e necessariamente específico. Um dos passos condicionantes dessa possibilidade parece-nos já foi dado: é o movimento no sentido de se definirem padrões de assistência de enfermagem para que se possa fazer uma avaliação sistemática e válida da situação e se planejarem medidas de ajuste que se evidenciem necessárias. Assim é que o Informe Final⁴⁹ do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde, na exposição que faz dos resultados das atividades desse grupo, relata como um dos padrões para avaliação do desempenho da enfermagem, a identificação de grupos de alto risco e a asseguaração de atenção primária a este grupo. Outro padrão citado, entre vários, é que a enfermagem aplique inquéritos para essa avaliação, e que tome decisões baseadas nesse inquérito.

Esperemos que a sistemática para a utilização desses padrões seja implantada e que, então, as enfermeiras e obstetrizes, em saúde materna, sejam capacitadas, em conseqüência, para uma participação efetiva e tão necessária no setor.

Quais os fatores que poderiam condicionar as associações do tempo de espera com as variáveis independentes estudadas?

Como não constou dos nossos objetivos a identificação

destes fatores, podemos pelo raciocínio lógico, com o amparo de estudos relacionados e diante dos resultados obtidos na a valiação de metas, levantar a seguinte hipótese para futura comprovação:

- a variação do tempo de espera maior que o intervalo aceitável seria condicionada pelos seguintes eventos ou por alguns deles:

- . a cobertura alcançada acima da meta proposta, provocou um desajustamento da razão OA: OP*.

Este desajustamento poderia, em consequência, condicionar a ocorrência de eventos negativos como o aumento do tempo de espera se os instrumentos não estivessem sendo reajustados;

- . sub utilização da hora/instrumento/médico/enfermeira e obstetriz; este fator de associação foi comprovado por estudos comentados em Adami², Ciari et al^{16,19}, Giron²⁹, Schor⁶⁰ e pelos resultados do nosso levantamento, apresentados nos Quadros de n^{os} 19 a 27;

- . desequilíbrio decorrente da sub utilização acima citada, frente à demanda real que se desconhece, dada a repressão da mesma, como apresentado, nas Tabelas de 12 a 15;

- . possível desconhecimento da problemática subjacente devido à provável dificuldade de se aplicarem técnicas de avaliação tanto quantitativas como qualitativas, entre outros motivos, pela precariede dos registros existentes.

* Segundo Ramos⁵⁵, a avaliação da eficácia de um programa pode ser medida pela comparação do objetivo alcançado(OA) com o objetivo programado(OP).

VIII- CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para este trabalho apresentamos, a seguir as conclusões do estudo realizado.

1. O "tempo de espera" foi identificado como o que se escoou desde a data da inscrição das gestantes nos centros de saúde para o controle pré-natal até a data da primeira consulta médica.
2. O "tempo de espera" foi caracterizado em aceitável, quando dentro do parâmetro de normalidade - o intervalo de 0 a 7 dias - e não aceitável, quando ultrapassa este parâmetro.
3. O "tempo de espera" apresentou-se com uma grandeza muito maior dentro do parâmetro de normalidade em todas as unidades da amostra nas Regionais do DRS-1, SP, numa proporção de 7:1 em relação ao tempo de espera não aceitável.
4. As associações do "tempo de espera", estatisticamente significativas, foram comprovadas em relacionamento com:
 - a localização geográfica das unidades sanitárias da amostra;
 - os tipos de centro de saúde selecionados;
 - a presença dos instrumentos nucleares da consulta médica e do atendimento de enfermagem nas unidades do estudo;
 - o percentual da meta de cobertura alcançado.
5. Não houve associação entre tempo de espera e idade da gestação ao tempo da inscrição.
6. Foram encontrados indícios de associação entre o grau de utilização do instrumento hora/médico e o alcance das metas de cobertura e concentração.

7. Foram encontrados indícios de associação entre a disponibilidade dos instrumentos hora/enfermeira e hora/obstetriz com as variações do "tempo de espera" e o grau de eficácia da cobertura.
8. Foi evidenciada a sub utilização dos instrumentos hora/médico, hora/enfermeira e hora/obstetriz.
9. Diante dos resultados que evidenciam pequeno grau de eficácia das metas e a sub utilização dos instrumentos nucleares das consultas médicas e do atendimento de enfermagem, concluímos que a alta porcentagem de "tempo de espera" aceitável. isoladamente, não deve ser considerada como um indício de boa qualidade da assistência de saúde prestada às gestantes incluídas no estudo.

I X - RECOMENDAÇÕES

Considerando:

- que a demanda reprimida identificada no atendimento das gestantes, nos centros de saúde da rede do DRS-1, SP, pode ter influído na apresentação do tempo de espera encontrado;
- que o baixo grau da eficácia das metas assistenciais propostas e o pequeno grau de utilização dos instrumentos nucleares da consulta médica e do atendimento de enfermagem podem ter participado no condicionamento dessa apresentação;
- que esses fatores podem estar influenciando na aceitação dos serviços pelas gestantes;

Recomendamos que sejam promovidos estudos no sentido de:

1. identificar-se a porção real de gestantes que deixam de receber assistência de saúde na área geográfica da Grande São Paulo;
2. possibilitar-se o conhecimento, junto das próprias gestantes da verdadeira configuração do tempo de espera para a inscrição no pré-natal dos Serviços de Saúde da Grande São Paulo;
3. utilizar-se plena e adequadamente os instrumentos hora/enfermeira e hora/obstetriz na assistência de saúde prestada às gestantes nas unidades sanitárias do DRS-1, SP.

X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N.P. Funções da enfermeira nos centros de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1978.
2. ADAMS, C.J. Empleo de las estadísticas de Salud en la Vigilancia y la evaluación de programas de maternidad. In SEMINARIO SOBRE ASPECTOS DE ENFERMERIA-OBSTETRICIA EN SALU MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION DE LA FAMILIA, Washington. D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1974. (OPAS - Publ. cient., 291).
3. AGUIRRE, C. A. ed. Atencion a la madre y al niño menor de 5 años con énfasis en la atención primaria. Cali, Colombia, Editorial Nur, 1978.
4. ALMEIDA, P.A.M. de et al. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 9: 417-25, 1975.
5. ALPER, M.H. & ROAF, E.R. Anesthetic management of the high-risk pregnancy. Clin. Obstet.Gynec., 16: 347-60, 1973.
6. ANDERSON, U.M. et al. High-risk groups: definition and identification. New Engl. J. Med., 273: 308-13, 1965.
7. ANDRADE, O.B. de Sistemática operacional de enfermagem de saúde pública: contribuição à programação de saúde. São Paulo, 1976. (mimeografado).
8. AUBRY, R.H. & NESBITT Jr., R.E.L. High-risk obstetrics. I. Perinatal outcome in relation to a broadened approach. Amer. J. Obstet. Gynec., 105: 241-7, 1969.
9. AUBRY, R.H. E PENNINGTON, J.C. Identification and evaluation of high-risk pregnancy - The Perinatal Concept - Clin. Obstet. Gynec. 16: 3-27, 1973.

10. BARROS, S. & PINTO, S. Programa materno infantil e o sistema nacional de saúde. In: REUNIÃO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL DA BAHIA, 1a., Salvador, 1978. Anais. Salvador, Associação Brasileira de Enfermagem / Escola de Enfermagem da UFBA, 1978. p. 8-14.
11. CALNAN, M.F. & HANRON, J. B. Nursing Assessment dialogue with meaning. Superv. Nurse, 2 (7): 18-9, 21, 1971.
12. CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e risco interconcepcional. São Paulo, 1979. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
13. CASTELAZO-AYALA, L. Embargo y feto de alto riesgo. I Concepto actual de embarazo de alto riesgo. Gac. med. México, 107: 51-5, 1974.
14. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. de Análise do coeficiente de mortalidade materna no município de Osasco, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 237-44, 1972.
15. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. de Elementos de avaliação do "risco gravídico". Rev. Saúde públ., São Paulo, 6: 57-78, 1972.
16. CIARI Jr., C. & SIQUEIRA, A.A.F. de Problemas de saúde materno-infantil no Brasil. In: PARETA, J.M.N. Saúde da Comunidade: Temas de Medicina Preventiva e Social. São Paulo, Ed. Mc Graw-Hill do Brasil.
17. CIARI Jr., C. et al "Acreditação" de serviços de pré-natal. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8: 187-202, 1974.
18. CIARI, Jr., C. et al. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: auditoria de fichas clínicas. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8: 203-12, 1974.

19. CIARI Jr., C. et al. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 6: 361-70, 1972.
20. CIETTO, L. Pesquisa e desenvolvimento da enfermagem: considerações sobre sua importância na área materno-infantil. Enf. Novas Dimens., 2: 93-7, 1976.
21. CORREY, J. F. et al. What is meant by "at risk" pregnancy? Australian Family Physician, 6: 205-12, 1977.
22. COSLOVSKY, S. Conceituação clínica de risco. Femina, 3: 719-22, 1975.
23. DANTAS, C.D.C. A realidade materno infantil no contexto global da saúde. In: REUNIÃO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL DA BAHIA, 1a., Salvador, 1978. Anais. Salvador, Associação Brasileira de Enfermagem/Escola de Enfermagem da UFBA, 1979. p. 1-7.
24. DIRETRIZES para saúde. (transcrito do Jornal de Brasília, 8 abr. 1979).
25. DONABEDIAN, A. & ROSENFELD, L.S. Some factors influencing prenatal care. New Engl. J. Med., 265: 1-6, 1961.
26. DUARTE, N.M.N. & MUXFELDT, L.C. O papel da enfermeira na assistência à gestante sadia. Rev. bras. Enf., 28: 70-4, 1975.
27. FISHER, Sir Ronald A. & YATES, F. Tabelas estatísticas para pesquisa em biologia, medicina e agricultura. São Paulo, Ed. USP/ed. Polígono, 1971.
28. GENTILE DE MELLO, C. A participação da enfermagem no planejamento de saúde. Rev. paul. Hosp., 19 (8): 4-6 1971.

29. GIRON, S.G. et al. A importância do diagnóstico em nível local para o planejamento de serviços de saúde materna. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8: 43-9, 1974.
30. GOMES, H.C. de C. et al. Comunicação sobre estudos de morbilidade. Rio de Janeiro, Instituto de Planejamento da Saúde da Fundação SESP, 1970. (apresentado ao 18º Congresso Brasileiro de Higiene, 1970 - mimeografado).
31. HOBEL, C.J. et al. Prenatal and intrapartum high-risk Screeninig. I. Prediction of the high-risk neonate. Amer. J. Obstet. Gynec., 117: 1-9, 1973.
32. HORTA, W. de A. Conceito de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 2 (2): 1-5, 1968.
33. KLEIN, M. D. & KARTEN, I. Maternal deaths: a health and socioeconomic challenge. Amer. J. Obstet. Gynec., 110: 298-303, 1971.
34. KRAEGEL, J. M. et al. A system of patient care based on patient needs. Nurs. Outlook, 20: 257-64, 1972.
35. LAURENTI, R. & SIQUEIRA A.A.F. O problema de mortalidade neo-natal em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ. S.Paulo, 6: 45-55, 1972.
36. LAURENTI, R. et al. Mortalidade perinatal em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ. S.Paulo, 9: 115-24, 1975.
37. LEITE, L. & SOUZA, M.de L. de Controle da gestação de alto risco. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1978. (apresentado à Disciplina Assistência de Enfermagem de Saúde Pública em Saúde Materna e da Criança - mimeografado).

38. LESSER, A. J. Progress in maternal and child health.
Child. Today, 1: 7-12, 1972.
39. LEWIS, L. This I believe... about the nursing process -
Key to care. Nurs Outlook, 16 (5): 26-9, 1968.
40. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Resolucion numero 001187 de
1962 (agosto 6): por la cual se adopta el manual de nor-
mas generales y programa sobre Protección Materno-Infan-
til. Bogotá, 1962. (mimeografado).
41. MONAHAN, H.B. & SPENCER, E.C. Deterrents to prenatal care.
Children. 9: 114-9, 1962.
42. MONETTI, V. & CARVALHO, P.R. de Mortalidade materna e na
infância no Estado de São Paulo (aspectos demográficos,
sócio-culturais e médico-sanitários). 2a. ed. São Pau
lo, Instituto de Saúde. Divisão de Saúde Materna e da
Criança, 1976. (Publ., 29. Série D, nº 11).
43. MONETTI, V. et al. Diretrizes gerais para a política es-
tadual de promoção, prevenção e recuperação de Saúde
materno-infantil; relatório. São Paulo, Instituto da
Saúde - Divisão de Saúde Materna e da Criança, 1973.(Pu
bl., 19. Série D, nº 6).
44. MORTALIDAD y morbilidad perinatales. Cron. OMS, 25: 280-7,
1971.
45. NASCIMENTO, N.M. de F. Contribuição do enfermeiro obste
tra na prevenção da G.A.R. In: REUNIÃO DE ENFERMAGEM
MATERNO-INFANTIL DA BAHIA, 1a., Salvador, 1978. Anais.
Salvador, Associação Brasileira de Enfermagem/Escola de
Enfermagem da UFBA, 1978. p. 39-44.
46. NESBITT Jr., R.E.L. & AUBRY, R.H. High-risk obstetrics.
II Value of semiobjective grading system in identifynig

- the vulnerable group. Amer. J. Obstet. Gynec., 103: 972-85, 1969.
47. NICK, E. & KELLNER, S.R. de O. Fundamentos de estatística para as ciências de comportamento. Rio de Janeiro, Ed. Renes, 1971.
48. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan decenal de salud para las Americas; Informe final. Washington, D.C., 1972. (Documento oficial, 118).
49. PADRÕES mínimos de assistência de enfermagem à comunidade; Informe final. Brasília, Ministério da Saúde/Organização Panamericana da Saúde, 1977.
50. PEREIRA, E.M. Curso de Metodologia e Projetos de Pesquisa. São Paulo, 1979 (mimeografado).
51. PERKIN, G.M. Assessment of reproductive risk in non-pregnant women: a guide to establishing priorities for contraceptive care. Amer. J. Obstet. Gynec., 101:709-17, 1968.
52. PETERS, W. & SUMMERS, G.W. Análise estatística e processo decisório. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1973.
53. PINOTTI, J.A. et al. O que é gravidez de alto risco? Femina, 2: 329-35, 1974.
54. PORTARIA SS-CG nº 8, de 6-6-72. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE: Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Portarias do coordenador: período de junho de 1971 a março de 1973. coletânea. São Paulo, 1973.

55. RAMOS, R. O Problema da Avaliação em Saúde Pública. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 8 505-14, 1974.
56. REEDER, S.R. et al. Enfermería materno-infantil. Washington, D.D. Organizacion Panaerica de la Salud, 1978.
57. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS, da., Washington, D.C., 1977. Informe final y documento de referencia. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. (OPAS - Documento oficial, 55).
58. SCHLESINGER, E.R. & NESBITT Jr., R.E.L. Publica health viewpoint: scope and perspective. Clin. Obstet.Gynec., 4: 317-25, 1961.
59. SCHLESINGER, R.H. et al. Out-patient care: the influence of interrelated needs. Amer. J. publ. Hlth, 52: 1844-52, 1962.
60. SCHOR, R. et al. Diagnóstico da situação de assistência pré-natal de uma divisão regional de saúde do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., São Paulo, 9: 351-62, 1975.
61. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Normas e instruções. São Paulo, s.d.
62. SERMENT, R. et al. Organisation d'une consultation de grossesses à risques e' levés. Rev. franç. Gynéc., 67: 639-42, 1972.
63. SIEGEL, S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975.

64. SOUZA, M. de L. de Estudo de algumas características de
mulheres da zona urbana de Florianópolis que já tivera
ram uma ou mais gestações e do Centro de Saúde, sua rela
ção com assistência pré-natal. São Paulo. (Dissertaç
ção de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

65. TOKUHATA, G.K. et al. Prenatal care and obstetric
abnormalities: experiences of 185.000 Pennsylvani
births. J. chron. Dis., 26: 163-85, 1973.

66. WALLACE, H.M. Factors associated with Perinatal mortality
and Morbidity. Clin. Obstet. Gynec., 13: 13-43, 1970.

67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Maternal
and Child Health. Geneva, 1975. New trends and
approaches in the delivery of maternal and child care
in health services: sixth report. Geneva, 1976.(Techn.
Rep. Ser., 600).

68. YUNES, J. Diagnóstico da situação de saúde pública no mu
nicípio de São Paulo em 1968. Rev. Hosp. clin. Fac.
Med. S. Paulo, 25: 83-9, 1970.

69. YUNES, J. Programa Nacional de saúde materno-infantil.
In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5a., Brasília,
1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p.
43-134.

A N E X O S

QUADRO

Número de gestantes inscritas no DRS-1, SP, por mês do ano de 197 e por trimestre da gestação, segundo os tipos e denominações dos centros de saúde.

Tipo do CS na S.E.S.	Nº do CS na pesquisa	Denominação do CS	Janeiro				fevereiro				março				...
			1º	2º	3º	sub tot.	1º	2º	3º	sub tot.	1º	2º	3º	sub tot.	...
															...

R.1-

ANEXO II

[illegible]

QUADRO DE COMPUTAÇÃO

TEMPO DE ESPERA (dias)	R. 1														
	C. S. 1												C.S. 2		
	MENOS DE 20%				20% ————— 45%				45% e mais				MENOS DE 20%		
	Sem Enf. ou Obster	Somente com Enfer.	Somente com Obster	Com Ambas	Sem Enf. ou Obster	Somente com Obster	Somente com Enfer.	Com Ambas	Sem Enf. ou Obster	Somente com Enfer.	Somente com Obster	Com Ambas			
	1º trim.	2º trim.	3º trim.	1º trim.	2º trim.	3º trim.	1º trim.	2º trim.	3º trim.	1º trim.	2º trim.	3º trim.	1º trim.	2º trim.	3º trim.
0...															
1...															
2...															
"															
"															

INSTRUÇÕES PARA O LEVANTAMENTO DE DADOS

1. Definição dos termos usados nas fichas de levantamento

1.1 Ficha nº 1

No cabeçalho das colunas:

- Discriminação de dados = é a apresentação das informações que devem ser colhidas.
- Saúde Materna é o conjunto de atividades executadas num Centro de Saúde com a finalidade de controlar o estado de saúde das gestantes.
- Médico consultante no setor de S.M. = é o médico que atende as gestantes, quer seja um clínico geral ou um especialista no setor.
- Enfermeira - é o profissional que fez o curso universitário de enfermagem e, na Secretaria de Saúde - S:P., é lotada como enfermeira que exerce a função de chefia do serviço de enfermagem no centro de saúde, podendo realizar qualquer atividade de enfermagem.
- Obstetriz - é a profissional que fez o curso de obstetrícia e, na Secretaria de Saúde é lotada como obstetriz; exerce comumente a função de prestação de assistência de enfermagem a gestantes, podendo realizar as atividades que caracterizam esta função, tais como:
 - . consulta de enfermagem, ou atendimento de enfermagem como é denominada na Secretaria de Saúde;
 - . administração de tratamentos prescritos pelo médico;
 - . aplicação de vacinas;
 - . realização de curativos, etc.
- Meta diária - é a quantidade diária da atividade que deve ser realizada.

Nesta ficha só interessa o levantamento das metas referentes a consultas e atendimentos de enfermagem.

Limitada conforme agendamento

Significa o caso em que no C.S. há fixação do nº de ges tantes que podem ser atendidas no dia para inscrição e para consultas.

Limitada conforme a demanda

Significa que as gestantes que procuram o C.S. para con trole são todas atendidas sem precisarem de agendamento prévio.

- Lotação efetiva

Significa a existência real do médico consultante, da en fermeira e da obstetriz.

- Triagem

É o conjunto de atividades realizadas com o fim de sele- cionar as gestantes que procuram diariamente o C.S. para inscrição e encaminhá-las para o agendamento da consulta ou para a própria consulta.

- Consulta de gestantes

É o conjunto de atividades realizadas por profissional competente podendo constar de: exame físico geral da ges tante, exame obstétrico e prescrição das ações que forem julgadas necessárias. Na Secretaria da Saúde - SP, esta atividade refere-se somente ao médico.

- Atendimento de enfermagem a gestantes

É o conjunto de ações que o profissional enfermeira e obstetriz executam com o fim de controlar o estado de saúde da gestante podendo constar de: exame obstétrico e orientação das gestantes sobre os cuidados que devem ob- servar.

Na Secretaria da Saúde esta atividade é equivalente à consulta de enfermagem.

- Supervisão

É o conjunto de atividades realizadas pela enfermeira e/ ou obstetriz com a finalidade de verificar as condições

em que o serviço está sendo feito e daí as orientações necessárias para manter o serviço dentro das instruções existentes.

- Outras atividades no setor de saúde materna

Referem-se a quaisquer outras atividades que o médico, enfermeira ou obstetriz disserem que executam na área de saúde materna e que não correspondem às definições aqui citadas de consulta, atendimento de enfermagem e supervisão.

- Nenhuma atividade no setor de saúde materna

É a expressão a ser considerada quando o médico, enfermeira e obstetriz informarem que não executam nenhuma atividade permanente com as gestantes.

1.2 Ficha nº 2

- Nº de ordem

É o número ordenado das gestantes que forem sorteadas para o levantamento.

- Nº de matrícula

É o número que recebem as fichas das gestantes quando a mesma vai ao centro de saúde pela primeira vez para controle da gestação atual.

Encontra-se na ficha índice, na ficha de controle e no prontuário da gestante.

- Idade da gestação

É o mês da gestação em que se encontrava a cliente na data da inscrição.

Se este dado não existir, anotar a data da última menstruação.

- Data da última menstruação

É a data colocada no prontuário da gestante pelo profissional - médico, enfermeira ou obstetriz . que o preen

cheu, referente ao início da gestação.

- Data da inscrição

Inscrição é a data em que a gestante compareceu pela primeira vez ao Centro de Saúde para controle da gestação atual. Está registrada nas diversas fichas da cliente.

- Data da primeira consulta

Refere-se à primeira consulta feita pelo médico ou o primeiro atendimento de enfermagem feito pela obstetriz às gestantes.

2. Orientação para o preenchimento das fichas de levantamento.

2.1 Ficha nº 1

Item a - "Lotação efetiva"

Esta informação deve ser pedida ao médico diretor do Centro de Saúde ou ao encarregado administrativo.

Registrar as respostas da seguinte maneira:

- Nas colunas correspondentes a médicos consultantes, enfermeira e obstetriz, escrever:
 - . um "S" quando a informação recebida confirmar a existência do profissional.
 - . um "N" quando a informação negar a existência.
 - . escrever um traço horizontal na

Observação: A partir do item b cada profissional - médico, enfermeira e obstetriz - quando existir no C.S., deve ser entrevistado individualmente e responder os quesitos seguintes.

Registrar as respostas da seguinte maneira:

- com referência aos itens 1, 2, 4 e 5: Triagem, Consulta de Gestantes, Supervisão do Setor de Saúde Materna e Outras atividades;
- Nas colunas correspondentes a médico consul-

tante, enfermeira e obstetriz, escrever:

- . um "S" quando a resposta for Sim;
- . um "N" quando a resposta for Não;
- . com referência aos itens nºs 2 e 3, consulta de gestantes, e atendimento de enfermagem a gestantes, na coluna "Meta diária":
- . nas duas sub colunas, escrever:
 - um S ou um N se a resposta for sim ou não
- com referência ao item nº 3, nas colunas correspondentes à enfermeira e obstetriz, escrever:
 - . um S quando a resposta for sim
 - . um N quando a resposta for não
- com referência ao item nº 6, nas colunas correspondentes a médico, enfermeira e obstetriz, escrever:
 - . um S quando a resposta confirmar que o profissional não executa nenhuma atividade
 - . um traço horizontal "—", quando algum ou vários dos itens de 1 a 5 tiverem sido preenchidos com SIM.

3. Técnica do levantamento

- Apresentar-se ao Médico Chefe perguntar o nome do M.C. ou ao encarregado administrativo ou a outra pessoa que esteja substituindo o M.C.; entregar-lhe a carta de apresentação.
- Explicar resumidamente o que vai ser feito, mostrando as fichas de levantamento.
- Entrevistar o encarregado administrativo, ou mesmo o M. C. (Médico Chefe) para preencher o item "a" da ficha nº

1.

- Pedir permissão para retirar do fichário as fichas que forem necessárias para o levantamento.
- Procurar o fichário central, localizar as fichas de controle das gestantes e contar quantas fichas existem na gaveta(mesmo que sejam muitas).
- Retirar as fichas de controle das gestantes para a amostra da seguinte forma:
 - . Se não houver permissão para se retirar todas as fichas para o levantamento dos dados, fazer o levantamento de cada ficha sorteada e recolocá-la no devido lugar que deve ter sido marcado ao se retirá-la.
 - . Se for permitido retirar todas as fichas sorteadas, fazer o seguinte:
 - Dividir o número de fichas contadas na gaveta pelo número de gestantes que devem fazer parte da amostra do centro de saúde em que se estiver.
 - O resultado desta divisão será o número de fichas que deve ser contado em cada intervalo.
 - Retirar, então, a primeira ficha do fichário de controle.
 - Deixar esta ficha ao lado (cuidadosamente para não misturá-la com outros papéis, nem perdê-la).
 - Contar, a seguir, tantas fichas quanto for o número considerado como intervalo.
 - Retirar a última ficha contada e colocá-la junto da primeira escolhida.
 - Contar novamente o mesmo número de fichas correspondente ao intervalo, retirando a última ficha contada.
 - Colocar esta ficha junto das duas outras retiradas.
 - Repetir a contagem do intervalo e a retirada da última ficha contada até completar o número de fichas necessárias para completar o tamanho da amostra.

- Se se chegar ao fim do fichário e não se tiver ainda conseguido todas as fichas necessárias, contar as fichas que tiverem sobrado, voltar ao princípio do fichário, completar a contagem do intervalo e retirar a última ficha contada, continuando o mesmo processo de antes até completar o número de fichas da amostra.
- Depois de retiradas todas as fichas necessárias, olhar os números dos prontuários correspondentes a cada ficha de controle e retirá-los do fichário geral. Fazer o levantamento dos dados conforme as instruções.

Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS-1)

Ofício R1-G nº 194/79

Geral nº 487/79

São Paulo, 04 de junho de 1.979.

Senhor Diretor.

Em atenção aos termos do Ofício HSP 62/79, da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P., vimos apresentar a V.Sa., a Enfermeira MARIA DE LOURDES RODRIGUES, R.G. 4.325.329, Auxiliar de Ensino do Departamento de Prática de Saúde Pública, a qual estará acompanhada de pesquisadores (vide lista em anexo), devidamente identificados e que por esta Diretoria está autorizada a desenvolver pesquisa junto ao Centro de Saúde, com vistas ao tema:

" Conhecimento do tempo médio existente desde o primeiro aparecimento das gestantes para inscrição nos Centros de Saúde até a primeira consulta médica ".

Cabe esclarecer, que a pesquisa se desenvolverá em duas etapas:

- 1) um levantamento prévio;
- 2) a coleta definitiva de dados referentes ao tema supra citado; não haverá interferência na rotina dos serviços, sem quaisquer responsabilidade e sem ônus para o Estado.

Atenciosamente,

Dr. José Souza de Moraes
Diretor do DRS-1.

Aos Diretores

Centros de Saúde da Região Metropolitana
de São Paulo.

JSM/mpn.