NR
102

Oswaldo Yoshimi Tanaka

WEB

ANALISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO POSTO DE ASSISTENCIA
MEDICA E DO PRONTO ATENDIMENTO DO JARDIM SAO JORGE
NO MUNICIPIO DE SAO PAULO, POR MEIO DO
ESTUDO DA CLIENTELA USUARIA

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

Orientador:
Cornélio Pedrosa Rosenberg

São Paulo
-1988-

Para Ana Cristina, pelo amor, afeto e amizade;
para Eliana, Vanessa e Henrique pela alegria
de viver.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho está intimamente relacionado ao meu objetivo de conciliar a atividade acadêmica com a profissional. Representa a continuação de um trabalho iniciado na dissertação de mestrado, que havia resultado de um momento de maior reflexão sobre o trabalho realizado junto às instituições públicas prestadoras de serviços de saúde. Naquele momento, minha maior preocupação estava voltada à avaliação quantitativa da programação médico-sanitária que havia sido implantada na rede básica de serviços da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo desde meados da década de 70.

A partir de 1983, ao iniciar uma nova fase de meu trabalho, em nível municipal, pude participar do processo de expansão da rede básica e na implementação das propostas de integração dos serviços de saúde. Nesse sentido, a incorporação da assistência médica individual de caráter curativo foi uma das principais estratégias utilizadas para a concretização das diretrizes políticas ao nível municipal.

Durante todo este processo foram realizadas várias reuniões, encontros e oficinas de trabalho, seja em nível institucional ou interinstitucional, nestas várias ocasiões foi possível identificar as dificuldades na implementação dessas

propostas que decorriam tanto de questões políticas e econômicas como de questões conceituais técnicas.

Nesse contexto ganha realce a necessidade de se conhecer o real papel, para a clientela, das instituições públicas prestadoras de serviços, pois era em nome dessa população que as propostas técnicas estavam sendo implementadas.

Visando colaborar na compreensão desse papel, foi definido o objetivo de estudar uma unidade do setor público situado na periferia do Município de S. Paulo e que contasse com o serviço de assistência médica sanitária e o de assistência médica individual.

Para que este trabalho pudesse ser executado contei com a colaboração de vários amigos e colegas.

Desde o início fui incentivado e apoiado pelo Professor Adjunto Cornélio Pedroso Rosenberg que acompanhou todo o processo e, não apenas me orientou, como também participou como sujeito neste estudo.

Dos colegas do Departamento de Saúde materno-infantil recebi apoio, estímulo e a eles coube a sobrecarga de tarefas resultante de minha liberação para conclusão do trabalho.

Para a supervisão de campo, a tabulação e a análise de dados, contei com a colaboração competente e dedicada de Silvana Karpinski e Edméia Primo.

O trabalho na unidade do Jardim São Jorge-

SP só foi possível pelo apoio e ajuda de Dra. Albina Garzillo, Antonia C. Sancanari, Antonio P. Lima, Claudia de M. Gonçalves, Ricardo G. da Silva e Roberto C.R. da Silva.

Para a definição da amostra e análise estatística, contei com o auxílio do Professor Doutor Jair Licio Ferreira Santos e na análise das características sócio-econômicas com o auxílio da Professora Doutora Augusta Thereza de Alvarenga.

Se não fosse pela boa vontade e dedicação de Otacilio Alves de Macedo, não seria possível a digitação do texto. Este trabalho foi facilitado pelo apoio dado por todo o pessoal administrativo do Departamento.

Ao Professor Doutor William Moffit Harris agradeço o auxílio na elaboração do resumo em inglês.

O apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, possibilitou a realização da pesquisa básica da qual resultou o presente trabalho.

INDICE

RESUMO

SUMMARY

INTRODUÇÃO	01
Políticas de Saúde de 1890 a 1985	04
Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo	39
OBJETIVOS	57
MATERIAL E METODO	60
RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	79
a) Características individuais e sócio- econômicas da clientela	80
b) Motivo de procura ao serviço	95
c) Grau de <u>resolutividade</u>	112
DISCUSSÃO E COMENTARIOS	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	153

RESUMO

O presente trabalho descreve, inicialmente, o papel desempenhado pela Secretaria de Higiene e Saúde (SHS) do Município de São Paulo, no contexto da assistência à saúde e das políticas nacionais que orientam suas atividades. Historicamente, a SHS vem atuando em duas linhas bem definidas e independentes: o atendimento às urgências e, paralelamente, a assistência materno-infantil que, face às novas diretrizes políticas, tende a se transformar em assistência integral à saúde. Como consequência das novas orientações políticas, várias tentativas têm sido realizadas no sentido de integrar essas duas linhas de atuação.

Para tanto, a presente pesquisa, realizada no Posto de Assistência Médica (PAM) e no Pronto Atendimento (PA) Jardim São Jorge, localizado na zona oeste do Município de São Paulo, apresenta como proposta de trabalho a integração das ações de assistência médica individual de caráter curativo com as ações de assistência médico-sanitária.

Partindo-se do pressuposto de que qualquer ação no campo da saúde depende da participação da comunidade, busca-se conhecer a forma pela qual a população recebe e utiliza os serviços localmente integrados.

Nesse sentido, foram coletadas junto à clientela de ambos os serviços, informações tais como: motivo de procura, resolutividade, satisfação e outras, obtidas por meio de formulários.

A análise das características das queixas, da resolutividade e da satisfação referida pela clientela, do objetivo e do processo de trabalho desses serviços, leva a conclusão de que o PAM e o PA são utilizados de forma seletiva pela clientela, visando principalmente, ao atendimento de suas necessidades diretamente relacionadas à resolução das manifestações de doença.

SUMMARY

The present study describes, initially, the role played by the Higiene and Health Secretariat (SHS) of the City of São Paulo (Brasil), in the context of health assistance and of the national policies which govern these activities. Historically the SHS has acted within two well - defined and independent fields: emergency treatment and, parallel to this, mother and child health care. The latter, considering the new political guide-lines, is tending to be transformed into general health assistance. As a result of these new political guide-lines, various attempts have been made to integrate these two fields of activities.

With this in view, this research project was carried out at the Public Health Clinic (PAM) and the Emergency Medical Service (PA) in the Jardim São Jorge, situated in the western zone of São Paulo City, and presents a working proposal for the integration of the individual medical care of a curative type and the activities of public health assistance.

Taking as a starting-point that all activity in the health sector depends on community participation, this study seeks to discover how the population has received and used the geographically integrated health services.

For this purpose, information was collected, by means of a questionnaire, from the users of both of these services, on the motive for the recouring to the service, the service's ability to meet the need, the degree of satisfaction of the user, etc.

The analysis of the above information as well as of the objective and the working method of these services, has led to the conclusion that the PAM and the PA are used by the public in a selective way, aiming at satisfying those immediate needs related to some present illnesses.

INTRODUÇÃO

A situação atual da prestação de serviços de saúde à população brasileira, particularmente no Estado de São Paulo, apresenta-se de forma complexa, envolvendo um mosaico de instituições desse setor. Acompanhando o momento político e econômico do País, o setor saúde encontra-se em fase de transição devido, sobretudo, à necessidade de redefinição do papel do Estado, com base nas novas condições sócio-econômicas e políticas emergentes, as quais acarretam necessários ajustes dos setores sociais do País.

Contudo, a situação atual dos serviços de saúde resulta de diretrizes políticas anteriores, que configura um quadro específico, o qual só poderá ser compreendido ao se recuperarem a trajetória e a história dessas políticas, resgatando-as com a maior abrangência possível, contemplando principalmente a integração de serviços. É essa uma das principais diretrizes da atual proposta de mudança no setor, pois coloca-se no momento atual, o desafio da integração entre os serviços de saúde pública voltados para medidas de prevenção, e os serviços de assistência médica individual, direcionados para medidas curativas.

Uma proposta de classificação das fases da
65
integração foi feita por Reinaldo Ramos em 1972. Esta servirá de parâmetro inicial ao estudo desse processo.

Cabe realçar, no entanto, que essa classificação se baseia numa experiência isolada cujo objetivo era criar condições ideais de saúde para responder a um esforço de guerra. O citado autor definiu as seguintes fases:

"FASE I - A integração dos serviços preventivos especializados, dando origem ao Centro de Saúde, na sua aceção mais ortodoxa.

FASE II - A incorporação de atividades preventivas aos serviços curativos e de atividades curativas aos serviços preventivos, cada um deles conservando sua autonomia administrativa.

FASE III - A completa fusão técnica e administrativa, sob chefia única, dos serviços preventivos e curativos, representados respectivamente pelo Centro de Saúde e pelo Hospital, dando lugar ao Centro de Saúde - Hospital ou Unidade Mista, ou Unidade Integrada de Saúde."

Para melhor compreender a complexidade desse processo, faz-se necessário rever as políticas de saúde a partir do período de controle científico das doenças infecto-contagiosas, embasado em conhecimentos bacteriológicos, que vai de 1890 a 1910, tomando como referencial teórico as fases evolutivas das campanhas de

82

saúde pública propostas por Winslow .

Políticas de Saúde de 1890 a 1985

O início deste período coincidiu com a instalação da República no País, na qual transformações políticas e econômicas muito influenciaram as práticas sanitárias.

Em relação a essas práticas, a Constituição de 1891 transferiu aos estados a responsabilidade pela organização das ações sanitárias terrestres em suas respectivas regiões, introduzindo a autonomia das práticas regionais .

São Paulo, pelo avançado desenvolvimento da cafeicultura, apresentava transformações no modo de inserção da mão-de-obra, com um padrão de desenvolvimento capitalista duplamente articulado: internamente, através de articulação do setor arcaico ao moderno, ou urbano-comercial transformando-se lentamente em urbano-industrial; e externamente, através da articulação do complexo econômico agrário-exportador às economias capitalistas centrais .

Esse modelo de desenvolvimento capitalista

(*)

exigia práticas sanitárias que propiciassem a manutenção da mão-de-obra agrária com suas características próprias, bem como a manutenção das condições de saúde das pessoas diferentemente inseridas na divisão social do trabalho, decorrente do modelo agroexportador.

Nesse contexto político-econômico Emilio Ribas implementa, a partir de 1898, ao assumir o Serviço Sanitário, campanhas sucessivas para o combate às moléstias infecto-contagiosas, principalmente febre amarela, varíola, malária e peste que se apresentavam de forma epidêmica tanto na área rural como na área urbana. Essas doenças estavam ligadas diretamente à expansão do sistema agroexportador vigente à época.

As campanhas executas por Emilio Ribas exigiram altos investimentos em Saúde Pública os quais chegaram a 23% do orçamento estadual¹⁰, e passam a diminuir a partir de 1901, retratando a importância política dessa prática.

Coube ao nível estadual a normalização das ações sanitárias, que seguiam os princípios da política sanitária internacionalmente utilizada⁶⁶ (polícia da saúde), conforme o descrito por Rosen. Essas ações envolviam principalmente os municípios, em função do princípio do Estado Brasileiro Liberal de respeitar a autonomia dos cidadãos perante as ações

* este termo será utilizado para ações de saúde pública "lato senso"

estatais, defendendo o processo de municipalização das ações sociais. Entretanto, o predomínio do modelo agroexportador, impunha a necessidade de se manter uma instância centralizadora dessas mesmas ações.

Durante todo o período assistiu-se a um verdadeiro jogo de mobilização e adequação das práticas sanitárias a cada problema coletivo de saúde ⁵⁰.

No fim do século XIX e início deste século, o grande desenvolvimento na área do conhecimento bacteriológico propiciou o controle científico das doenças infecto-contagiosas utilizando, de estratégias militares e ações coercitivas, características dessa ⁶⁵ polícia médica.

A organização dos serviços de saúde pública apresentava uma eficácia adequada, "sendo capaz de enfrentar qualquer eclosão epidêmica de doença infecto-contagiosa evitável" ⁴⁹.

As alterações ocorridas na estrutura econômica e social do Brasil após a Primeira Guerra Mundial, apesar da manutenção da hegemonia agroexportadora, incrementou o processo de urbanização e industrialização, gerando novas necessidades sociais. Dentre elas se destacaram as novas práticas sanitárias, para manutenção do modelo de desenvolvimento capitalista. Essas mudanças sociais suscitaram o desenvolvimento de uma nova classe operária que através de movimentos reivindicatórios organizados, passaram a exigir melhores

condições de saúde e de assistência. Nesse contexto as campanhas tornaram-se insuficientes para responder as pressões sociais.

Nesse mesmo período, ocorria a divulgação e a propagação dos princípios preconizados pelo Relatório Flexner*, onde se valorizava o aprofundamento dos conhecimentos das especialidades médicas ministrado em unidades hospitalares. Esse relatório influenciou a formação médica no Brasil e foi um dos grandes responsáveis pela consolidação da assistência individual de caráter curativo, centrada no equipamento hospitalar.

Em 1922, Geraldo de Paula Souza introduziu no Brasil uma nova perspectiva para a saúde pública, baseada na atenção médico-sanitária, alicerçada na administração pública cientificamente fundamentada e na educação sanitária como instrumento de atuação⁶⁵.

Essa nova perspectiva seria operacionalizada por centros de saúde, que permitiriam a execução de ações permanentes, com o objetivo de promover e proteger a saúde, tendo como agentes desde o médico até a visitadora, utilizando-se de métodos profiláticos⁴⁹ fornecidos pela medicina e pela engenharia sanitária. Dentro dessa perspectiva foi criado o primeiro centro de saúde, em 1923, junto ao Instituto de Higiene, iniciando a

* para uma análise comparativa com o relatório Dawson ver: NOVAES, H.M. Evaluative study of comprehensive health service models. Washington, PAHO, 1986 [mimeografado].

fase da assistência médico sanitária na saúde pública.

Essa nova perspectiva não é incorporada apenas em São Paulo. No I Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, ocorrido em 1923 e presidido por Carlos Chagas, houve uma defesa unânime da necessidade de incorporar-se essa nova perspectiva aos serviços de saúde pública brasileira⁴⁷. Nesse mesmo ano foi realizada uma reforma, objetivando a extensão geográfica de programas de saneamento, higiene, educação sanitária e controle de endemias.

Essa mudança de perspectiva levou a profundas alterações das práticas sanitárias, que em época anterior, por influência de Oswaldo Cruz, atuava tão-somente sobre o agente etiológico e as condições do meio ambiente; enquanto na nova perspectiva médico-sanitária, por influência de Geraldo de Paula Souza, surge o terceiro elemento, o hospedeiro, no caso o homem, segundo uma concepção estritamente biológica, sendo assim possível manter um controle harmônico com o agente etiológico e o meio ambiente⁵⁰.

Concomitante a essas práticas sanitárias tem início no Brasil, a partir de 1920, o desenvolvimento de uma política previdenciária com intervenção estatal, pois até aquele momento existiam apenas iniciativas de empresas isoladas²³.

Essa política aparece por meio da promulgação da Lei Eloi Chaves em 1923 (Decreto-Lei no.

²⁴
4.682/23) , criando a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) dos Ferroviários, beneficiando um importante grupo de trabalhadores, na época.

Essas CAPs funcionariam como um tipo de contrato, no qual a empresa e seus empregados comprometer-se-iam a garantir o recebimento de parte do fluxo da renda normalmente aferida pelo empregado, no momento em que ele se desligasse da produção, fosse por velhice, por invalidez ou por tempo de serviço, ou por seus dependentes, em caso de morte, além de oferecer assistência médica ⁶⁷. Assim, seus objetivos eram puramente assistenciais. Para tanto, foi criado um fundo formado pelo recolhimento compulsório do empregado (3% dos vencimentos), do empregador (1% da renda bruta das empresas) e da União (1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas) ²³.

As Caixas eram entidades públicas autônomas, com regime de representação direta das partes interessadas e eram organizadas por empresa, portanto com grande autonomia em relação ao Estado ⁶³.

Na década dos 20, com a criação das CAP, a Reforma Carlos Chagas na Saúde Pública, caracterizada pela criação do primeiro Centro de saúde com enfoque eminentemente preventivo, tem início o processo de separação entre as ações médico sanitárias, de caráter preventivo, e as ações de assistência médica individual, de caráter curativo.

O compromisso das CAP com a assistência

médica era bastante pequeno, no seu início, não havendo previsão de recursos específicos para esse fim. No entanto, com a rápida expansão das Caixas, que em 1926 eram 33 e em 1930 eram 47, e o crescente aumento da demanda, resultaram na necessidade de fixação do índice de 8% dos fundos para assistência médica, em 1931. Os benefícios eram extremamente variáveis e dependentes das diretrizes definidas pelos colegiados de administração das Caixas.

A rápida expansão das CAP fez com que ocorressem modificações paulatinas, principalmente relacionadas com as fontes de financiamento, devido as características das empresas envolvidas. Desde o início, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo ⁶³.

Com a revolução de 1930, mudou o papel do Estado, que se tornou mais centralizador e modernizador, com uma postura autoritária associada a uma estrutura administrativa corporativa com um arcabouço político populista, visando responder ao processo de industrialização do País ⁷⁹.

Para tanto foi iniciado um processo de redução da autonomia dos estados, criando-se os Ministérios da Educação e Saúde em 1930 e do Trabalho, Indústria e Comércio em 1931 ¹².

No setor previdenciário ocorreu a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), com o objetivo de reestruturar o sistema, incorporando os empregados de mesma categoria de todo o país. O primeiro a ser criado foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos-IAPM, em 1933. Este era uma autarquia e, portanto, com maior possibilidade de controle de seus recursos pelo Estado, sendo o presidente do Instituto nomeado pelo Presidente da República, o que aumentava o grau de controle estatal.

A partir dessa data, foram criados progressivamente outros IAP, chegando em 1938 a cinco, os quais coexistiam com 99 CAP. Mantinha-se assim, uma parcela dos previdenciários sob maior influência estatal, envolvendo os trabalhadores mais importantes para o modelo econômico, concomitantemente a uma multiplicidade de instituições privadas de características autônomas representadas pelas CAP.

Em consequência dessas alterações do sistema previdenciário, o Estado deixou de ser mero controlador da assistência médica desenvolvida pela CAP e transformou-se em executor dessa mesma assistência, na nova política previdenciária.

O mesmo papel centralizador do Estado se fez sentir nas práticas sanitárias. Assim, com a criação do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social em 1934, a União reassume a responsabilidade pelas

campanhas, até então delegada aos estados. Identificou-se nessa época um avanço da assistência à saúde para o interior do País, ainda com característica de combate ao agente, com visão bacteriológica do processo de saúde-doença. No entanto, essa reativação das campanhas, sobretudo no interior do País, tinha como objetivo incorporar, ao mercado nacional de trabalho, a mão-de-obra advinda dos fluxos migratórios do interior, para as regiões industrializadas de rápida urbanização, em condições menos doentia possível.

A partir desse momento, o Estado gera uma estrutura de organização verticalizada, com o objetivo de controlar determinadas doenças, tais como tuberculose, hanseníase, câncer, febre amarela, bem como assistir a determinadas faixas populacionais como crianças e gestantes. Essa ação centralizada e fragmentada propiciou a criação de unidades monovalentes com objetivos específicos em cada estado da Federação.

A implantação dessas unidades tinha como um dos principais objetivos o estabelecimento de uma ação permanente após as campanhas.

Portanto, na década dos 30, enquanto se iniciava o processo mais efetivo de intervenção do Estado na política previdenciária, por meio da criação da CAP, as práticas sanitárias, apesar da mudança do modelo bacteriológico para o de assistência médico-sanitária, executadas pelo centro de saúde, caracterizavam-se pela

manutenção das práticas campanhistas em resposta às necessidades de saúde geradas dentro do modelo econômico agroindustrial em formação.

Quanto aos recursos dispendidos em assistência médica pelo sistema previdenciário, verificou-se que do início da criação da CAP, em 1923, até o final da década dos 40, os gastos passaram de 40% para 8% ao final do período. Essa tendência representou, mais do que o declínio da assistência médica, a ascensão dos gastos com outros benefícios sociais. A relação despesa de assistência médica / despesa total mantém-se estabilizada em 3,5% nos últimos anos do período ¹².

Quanto aos recursos destinados às práticas sanitárias durante esse período, verificou-se uma diminuição progressiva dos recursos orçamentários destinados ao setor; no entanto, foram suficientes para a implantação das unidades monovalentes preconizadas pelos Serviços Nacionais. Para aumentar a fonte de recursos visando à expansão das campanhas para o interior foi criada a Caixa de Fundo para os Serviços de Assistência e Saúde Pública nos Municípios, para a qual cada município ¹¹ contribuía com 5% de toda a receita arrecadada.

Na década dos 40 cabe realçar a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, em 1942, que foi originado como uma recomendação da III Reunião de Consulta dos Ministros de Relações Exteriores das Repúblicas Americanas ^{58,65}, visando ao saneamento do Vale do Amazonas,

cujo objetivo principal era o combate à malária e à lepra e assistência médico-sanitária aos trabalhadores, com o propósito final de garantir o abastecimento de matéria-prima, principalmente da borracha, para o esforço de guerra aliado.

Devido à sua importância estratégica e considerando que desde o início houve um aporte substancial de recursos financeiros via Instituto de Assuntos Interamericanos, pertencente ao governo dos Estados Unidos, foi possível a implantação de serviços que desenvolviam atividades de assistência médica geral e socorros cirúrgicos de urgência. Desenvolviam também atividades de proteção imunológica e tratamento de doenças infecto-contagiosas. Eram serviços que integravam ações curativas e preventivas com a maior capacidade resolutiva possível, e se localizavam em municípios de pequeno porte e com características rurais.

O acordo com esse Instituto propiciou a implantação de uma organização burocrática complexa, baseada em postos de saúde e hospitais, com custos elevados de implantação e manutenção. A estrutura implantada correspondia ao modelo norte-americano de assistência médica baseado no médico, com apoio de outros profissionais, o que ocasionava custos elevados. Os serviços implantados com essas características tinham como princípio a crença de que o nível de saúde da população dependia diretamente do gasto per capita com assistência

11
médica .

Apesar da criação desse serviço ter sido ocasionada por motivos estratégicos, resultou concretamente na implantação de suas unidades com a necessária integração entre as ações curativas e preventivas, fossem de caráter individual ou de caráter coletivo.

O SESP se apresentava como um modelo alternativo aos serviços monovalentes ou mesmo aos centros de saúde que recebiam algumas críticas à época, das quais, se destaca o parecer de Freire em 1944, que, analisando a organização dos serviços de saúde para a zona rural, referiu:

"Entre nós é conhecida a falta de instituições para tratamento, hospitais e ambulatórios, sobretudo no interior, ao mesmo tempo que as necessidades da população reclamam, em grande extensão, serviços de tal natureza. São conhecidos também os fatos de que, por um lado, os serviços de centros de saúde têm-se tornado de medicina curativa, tendo essas unidades, em grande parte o caráter de policlínica; por outro lado, os esforços de autoridades administrativas e os reclamos de populações no sentido de obterem instalações de centro de saúde visam, na maioria das vezes, o estabelecimento de serviços para assistência médica. Podemos considerar tais fatos como significando um desvirtuamento de funções, e como índices de deficiências em educação sanitária, no tocante ao

conhecimento da natureza e importância dos serviços preventivos. Será preferível considerá-los, porém, no interesse das populações, como refletindo necessidades iniludíveis em matéria de serviços de assistência clínica, necessidades essas que não é justo fiquem desatendidas, somente para manutenção de um princípio discutível de lógica administrativa"³⁰.

Nesse contexto, os serviços do SESP respondiam mais adequadamente às necessidades de saúde da população. Isto era devido a que esses serviços se baseavam mais na lógica da medicina previdenciária do que na lógica da saúde pública, pois eram ligados a processos econômicos específicos, tais como: extração de matéria-prima ou transporte e dirigidos à população que se constituía na mão-de-obra desse processo econômico¹¹. Essa situação propiciou a integração das ações de assistência médica individual e coletiva, pois ambas respondiam adequadamente às necessidades das políticas norteadoras das ações específicas de saúde do SESP.

Devido às características desses serviços,⁶⁵ que foram implantados nessa época, Reinaldo Ramos considera atingida a Fase III de integração no Brasil, embora restrita às áreas de operação do SESP.

A concepção organizacional dos serviços do SESP buscava sobretudo a horizontalização das diferentes atividades desenvolvidas, tanto pela assistência médica individual como pela saúde pública.

Os diferentes congressos brasileiros de higiene, ocorridos durante a década dos 40 e início da dos 50, destacavam os serviços do SESP como modelo de integração. No entanto, devido às características específicas analisadas anteriormente, o SESP foi mantido como uma estrutura isolada no contexto da atenção à saúde, tendo pouca influência na definição das diretrizes políticas fosse da assistência médico-sanitária ou da assistência médica individual, principalmente nos estados em acelerado processo de industrialização.

A década dos 50, caracterizou-se pela tecnificação do ato médico e pela incorporação de novos fármacos na terapêutica, resultando na elevação de custos de assistência médica. Essas despesas, em relação ao gasto total do sistema previdenciário, passaram de 7,3% em 1949 para 19,3% em 1960, representando um aumento de 264% no período. Esse percentual reflete não apenas a elevação do custo com a assistência, mas também a crescente pressão de demanda, decorrente do intenso processo de urbanização; a massa assalariada encontrava no sistema previdenciário um complemento indispensável às suas rendas e a seu consumo básico, do qual faziam parte os atos médicos destinados a recuperar sua saúde e, conseqüentemente, sua própria capacidade de trabalho¹².

Essa maior cobertura do sistema previdenciário e o aumento da demanda resultou na contratação de serviços de terceiros pelos IAP.

Decorrente dessa situação, os leitos de hospitais privados, que já eram em número maior que os leitos de hospitais públicos desde 1945, chegam a 53,9% em 1950 e atingem 62,1% em 1960. A partir desse período aparecem leitos em hospitais com finalidades puramente lucrativas, sendo que em 1960 já constituíam 22% dos leitos privados¹².

A Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS - promulgada em 1960 acelerou esse processo, garantindo a possibilidade de livre escolha da assistência e prevendo a participação do usuário no custeio dos serviços⁵⁶.

Esse aumento de cobertura do sistema previdenciário, acompanhado da elevação gradual dos gastos com saúde, como mecanismo compensatório social, levou a um progressivo comprometimento das finanças das instituições o que, na década seguinte, resultou numa situação de insolvência do sistema.

As ações de saúde pública mantinham as campanhas de controle juntamente com a instalação de unidades monovalentes de caráter permanente, paralelamente à expansão e aumento do tecnicismo da assistência médica individual realizada pelos IAP.

As ações de saúde pública, como ações políticas, geravam a crença de que bastavam o controle dos agentes e a instalação de serviços para o combate das doenças, para se alcançar um melhor nível de saúde.

Em 1948 foi elaborado um plano de governo, coordenado pelo Departamento de Administração do Serviço Público-DASP, englobando o setor saúde, alimentação, transporte e energia, como resposta às péssimas condições sanitárias existentes⁷¹. Esse plano, denominado Salte, propiciou um aumento das ações de controle sobre as endemias, apesar das dificuldades operacionais para sua implementação.

Na década dos 50 e até meados da dos 60 verificou-se, portanto, um aumento progressivo de assistência médica individual realizada pelo sistema previdenciário, enquanto se observava praticamente uma estabilização das ações de saúde pública. O mecanismo compensatório social frente às alterações do modelo econômico, era realizado pela política previdenciária por meio de ações de assistência médica individual de caráter curativo, em detrimento de ações de saúde pública, que se apresentavam limitadas pela política do Estado para o setor.

Esse mecanismo era atestado pela rápida elevação dos gastos com assistência médica, que dos 19,3% dos gastos totais em 1960 passaram para 24,7% em 1966 e atingiram 29,6% em 1967. Ao se analisarem, especificamente, os gastos com assistência médico-hospitalar, que se tornou a parcela predominante, verifica-se que a taxa de crescimento anual era de 100% a partir de meados da década dos 60. Esses incrementos decorreram essencialmente de

ações médicas com a incorporação de equipamentos e de medicamentos, centradas nas atividades hospitalares e, conseqüentemente, com custos elevados.

Tendo em vista o modelo político-econômico adotado pela Revolução de 1964, caracterizado pelo papel centralizador e autoritário do Estado, exacerbou-se o papel compensador do sistema previdenciário no atendimento às demandas sociais decorrentes do modelo concentrador de renda. Essa situação levou rapidamente ao esgotamento das reservas financeiras, resultando na situação de insolvência dos IRP, acarretando a necessidade de adoção de medidas político-administrativas que recuperassem o equilíbrio do sistema. Nesse contexto, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, em 1966, unificando, como medida racionalizadora, todos os Institutos e Caixas existentes à época. Nesse momento, os trabalhadores, foram alijados do processo de gestão do sistema previdenciário.

A unificação e a centralização respondiam ao modelo político-econômico adotado, que acarretava uma exacerbação da política médico-assistencial privativista. O modelo de Estado, forte e centralizador, fez surgir uma nova instância de poder, a burocracia estatal, que aliada às organizações empresariais fortaleceram o modelo e a expansão da assistência médica individual.

Em 1967 foi iniciado um processo de reestruturação da máquina burocrática do Estado, visando

torná-la mais racional e com capacidade de resposta ao novo padrão de desenvolvimento econômico (Decreto no. 200/67)²⁵. Nesse sentido, ganhou força a visão de privilegiamento do desenvolvimento econômico do País, relegando as ações diretas sobre a saúde a uma condição subalterna à política econômica e interpretando de maneira tendenciosa o "círculo vicioso da pobreza"⁹.

Nesse contexto o Ministério da Saúde - MS,¹² reforça suas funções normativas para o setor.

Nos estados ocorreu uma reforma administrativa à semelhança do nível federal, sendo que em São Paulo esta surgiu em 1968⁶⁸, com o Decreto no. 50.192/68²⁶.

Apesar dessa mudança de estrutura, observou-se que os orçamentos do Ministério da Saúde, durante esse período, até meados da década dos 70, mantiveram-se estabilizados, retratando a falta de prioridade do setor. A diretriz política do Ministério caracterizava-se por uma proposta de racionalização dos serviços monovalentes implantados, visando à integração intra-setorial, à consolidação das ações permanentes em nível local e a certa diminuição do processo "campanhista".

O Plano Nacional de Saúde formulado pelo Ministério de Saúde em 1968 determinava que as atividades de assistência médica deveriam ser, primordialmente, de natureza privada, resultando numa progressiva expansão da

assistência médica realizada pelo INPS. Essa expansão é comprovada pela inversão que ocorreu nos gastos diretos com saúde (União, Estado, Município) em relação aos gastos indiretos (INPS), que passaram da relação de 1,27 em 1967, para 0,7 em 1975¹².

Da mesma maneira os gastos com saúde sobre o total de despesas do sistema previdenciário, que eram de 19,3% em 1960, aumentaram para 22,4% em 1967 e em 1970 já atingiam 26,7% do total de gastos do INPS¹².

Cabe realçar ainda que, nesse período, ações de saneamento vinculadas ao setor de saúde pública, passaram a ser competência do Ministério do Interior, o mesmo acontecendo com a responsabilidade sobre a esfera habitacional do segurado previdenciário, que existia desde a criação das CAP, ocorrendo uma redefinição dos objetivos do sistema previdenciário e da saúde pública, que passam a centrar suas ações no indivíduo, perdendo ambos suas funções mais abrangentes dentro das políticas sociais.

A partir da década dos 70, há uma progressiva expansão de cobertura de assistência médica pelo sistema previdenciário, que em 1972 incorporou as empregadas domésticas e os trabalhadores rurais e, em 1973, os trabalhadores autônomos. Portanto, a partir desse período, ocorreu a inserção no sistema previdenciário da força de trabalho não-formalmente vinculada ao processo de produção.

A progressiva expansão de cobertura e dos gastos em saúde, acrescida da crise político-econômica decorrente do fim do "milagre econômico", em 1974, levou à necessidade de ajustes no sistema, os quais ocorreram em 1974, com a criação do Plano de Pronta Ação - PPA⁶² e do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS⁴².

O Plano de Pronta Ação constituiu-se numa série de medidas administrativas que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado previdenciário e secundariamente permitiu a universalização da clientela, por meio do atendimento ambulatorial indiferenciado a toda população em casos de urgência. Sua implementação propiciou maior acesso da população aos serviços de saúde.

Essas medidas permitiriam atender rapidamente à crescente demanda decorrente da piora das condições de vida, principalmente da população urbana que se encontrava alijada do mercado de trabalho formal, devido ao processo econômico recessivo do País. Era também uma resposta institucional às queixas de demora no atendimento que eram noticiadas em jornais da época.

Essa expansão da cobertura acarretou uma elevação significativa nos gastos com assistência médica ambulatorial, que chegou a apresentar aumentos anuais de 50%, enquanto as taxas de incremento anual de assistência médico-hospitalar oscilaram entre 25 a 35%. A assistência médica ambulatorial, apesar de seu incremento significativo, não modificou a tendência dos gastos da

71
área hospitalar, que se mantiveram predominantes no
setor .

O PPA preconizava a utilização de serviços públicos de saúde, principalmente os hospitais universitários e a rede de serviços das secretarias estaduais de saúde, objetivando o aumento da oferta de serviços de assistência médica individual à população, por meio da utilização da capacidade física ociosa dessa rede. No entanto, os recursos financeiros foram priorizados para a rede privada. O custeio daqueles serviços seria feito por meio de convênio com subsídio financeiro fixo.

A criação do MPAS, nesse mesmo ano, permitiu a desvinculação da política previdenciária dos outros setores do Governo, destacando dessa maneira a Previdência Social como mecanismo de controle social e de recuperação e manutenção da força de trabalho.

Nesse mesmo ano, era criado o Conselho de Desenvolvimento Social - CDS, como instância coordenadora dos diferentes ministérios e autarquias, que desenvolviam políticas sociais. Este Conselho estabeleceu o II Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND em 1975 e criou alguns instrumentos de apoio financeiro aos programas de caráter social, sendo o principal deles o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, que teve um importante papel no processo de expansão dos serviços de saúde, educação, trabalho e obras de desenvolvimento das zonas rurais. No setor saúde, o FAS tornou-se a principal fonte

financiadora de investimentos do setor privado prestador
de serviços⁵⁷ .

Atingida essa fase de expansão, o Estado passa a ter preocupação com a organização global da prestação de serviços de saúde. Para tanto é promulgada a Lei no. 6.229/75, criando o Sistema Nacional de Saúde⁴³ .

A referida lei determinava: "organizar o complexo de serviços do setor público e privado voltados para ações de interesse de saúde". Partia do diagnóstico de dispersão de recursos e de indefinição de competências das entidades públicas e privadas do setor, como as principais causas de inadequado desempenho. A lei definia como competência do Ministério da Saúde a responsabilidade pelo atendimento coletivo e do Ministério da Previdência e Assistência Social o atendimento médico individual. Definia também competências específicas para as outras Ministérios envolvidas na atenção à⁷⁹ saúde .

O Sistema Nacional de Saúde procurava coordenar as ações da medicina previdenciária, que já haviam adquirido autonomia em relação à política nacional formulada pelo Ministério da Saúde. A V Conferência Nacional de Saúde foi realizada alguns meses após a promulgação da lei, tendo como tema principal o Sistema Nacional de Saúde. A Conferência enfatizava a visão sistêmica concebida para o setor, reforçando o enfoque racionalizador da proposta¹⁹ .

Como instrumento de viabilização foi retomada a abordagem médico-sanitária para atuação no setor, por meio de programação da assistência, que nesse momento definia como objetivos específicos a população materno-infantil e o controle de doenças endêmicas.

A operacionalização da programação médico-sanitária e principalmente a de saúde materno-infantil, possibilitou a organização do trabalho nas unidades locais. Esta se processou por meio da divisão técnica do trabalho preconizada na programação, na qual, se destacava a tônica racionalizadora dos recursos, principalmente dos recursos humanos, pois propunha a supervisão de saúde individual por meio da utilização de recursos de maior qualificação e, portanto, de maior custo, apenas em determinados momentos do processo de crescimento e desenvolvimento humano.

O atendimento concebido tinha como referencial técnico a história natural das doenças e os níveis de prevenção preconizados por LEAVELL & CLARK em 1952^{37,78}. Esta concepção do processo saúde-doença e as medidas preconizadas nos diferentes níveis de prevenção possibilitaram a identificação de ações concretas, visando à proteção do hospedeiro ou mesmo ao controle de agentes, a serem executadas pelos serviços de saúde. Portanto, reforçava a assistência médico-sanitária de caráter individual.

A programação médico-sanitária enfatizava

os instrumentos de planejamento operacional preconizados pela técnica CENDES/DPS, que tem sua origem na CEPAL em 1963, trazendo no seu bojo uma visão economicista, objetivando aumentar a eficiência no
55,59,80
setor .

A partir desse momento foi enfatizada a integração dos serviços voltados às ações de saúde pública. Essa integração seria atingida por meio da unidade programática e da revalorização das unidades polivalentes como os centros de saúde. Durante a fase de implantação da programação médico-sanitária houve certa dualidade no papel a ser desempenhado por esses serviços, pois a corrente mais tradicional da saúde pública defendia a execução apenas de ações preventivas, partindo do princípio que estas eram as mais conseqüentes que levariam a mudar a "situação de saúde" e que as ações curativas deveriam ser executadas em outro local. A corrente mais progressista defendia a necessidade de se atender à demanda espontânea curativa por ser parte integrante do programa de assistência médico-sanitária.

A partir da retomada da assistência médico-sanitária como instrumento de reordenamento do setor em 1975, observou-se uma expansão significativa dos gastos diretos com saúde, principalmente da União, por meio do Ministério da Saúde. Esses aumentos foram de aproximadamente 10% ao ano e representaram um acréscimo de
70
0,7% do PIB no período de 1974 a 1980 .

No processo de revitalização da saúde pública é necessário destacar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, aprovado em 1976, destinado a implantar e a implementar uma estrutura de rede básica de serviços de assistência médico-sanitária em locais de baixa densidade demográfica, sobretudo, na região Nordeste do País²⁰. Tinha como diretrizes básicas a utilização ampla de pessoal de nível auxiliar, com ênfase nas atividades preventivas, e previa a integração em nível local dos diferentes serviços de saúde sob responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. Para esse programa foram destinados recursos suplementares ao orçamento do Ministério da Saúde^{12,71}.

Em 1977, quando da implantação efetiva do PIASS, foi realizada a VI Conferência Nacional de Saúde²⁰, na qual o tema central era a extensão da cobertura que deveria ser atingida por meio da ampliação da rede básica de serviços e da implantação de atendimentos mais simples, realizados por pessoal de nível auxiliar, em zonas rurais e urbanas periféricas.

Assim, a VI Conferência auxiliou a expansão do PIASS, que se constituiu no instrumento de implementação da proposta de extensão de cobertura.

A partir de 1978 o PIASS expandiu-se rapidamente, devido ao compromisso do INAMPS^(*) em participar

(*) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, criado em 1977.

54

no custeio dessas unidades .

No entanto cabe lembrar que, apesar da revitalização da saúde pública a partir de 1975, a autonomia atingida pela medicina previdenciária mantinha o atendimento médico individual curativo em taxas ascendentes, sendo que no período 1975/76 chega a 36% a taxa anual real de crescimentos dos gastos, atingindo o patamar de 31,36% do total de despesa, realizado pelo INPS em 1976.

Foi nesse contexto que ocorreu a reestruturação do Ministério da Saúde em 1976, com a criação da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, responsável pela ação de vacinação e pelo programa de interiorização dos serviços de saúde, e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES, responsável pelos programas de assistência médico-sanitária. O Ministério da Saúde visava, com a nova estrutura, a maior racionalidade administrativa e melhor coordenação com as secretarias estaduais de saúde, que eram as responsáveis diretas pela execução dessas ações.

Em 1977 era criado o Sistema Nacional de Previdência Social - SINPAS - (Lei no. 6.439/77), e dentro deste o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, responsável pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores ⁴⁴ . Uma das justificativas principais da criação do sistema era o aumento crescente de assistência médica, que comprometia o

sistema previdenciário como um todo, necessitando de um controle específico. Essa medida administrativa foi também acompanhada de contenção de despesas com assistência médica, tanto na área hospitalar como ambulatorial, sendo que as despesas com assistência médica em relação ao total de despesas do sistema, que se encontravam em 31,3% em 1976, diminuíram para 25,7% em 1980⁶⁹.

Durante esse período foi mantida a autonomia da política previdenciária e seu papel social compensador, não alterando significativamente o modo de produção da assistência médico-hospitalar privada dominante, voltado para a manutenção da saúde individual da classe trabalhadora, enquanto a saúde pública atendia a camada da população menos favorecida, por meio de programas de assistência médico-sanitária.

No início de 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde²¹, cujo tema básico era a extensão das ações de saúde através de serviços básicos, visando aos cuidados primários de saúde, reforçando as propostas políticas da reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978¹⁸. Nessa conferência foram lançadas as bases para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, cujo primeiro anteprojeto foi elaborado em agosto de 1980⁵².

O PREV-SAÚDE apresentava como característica principal uma estratégia de integração de

maior abrangência, envolvendo o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério do Interior e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República, com objetivos bastante ambiciosos de estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população, de reorganizar o setor público de saúde, articulando as várias instituições e reordenando a oferta de serviços, além de promover a melhoria das condições gerais do ambiente.

Esse programa constituía um avanço para o processo de integração entre as ações de saúde individual, desenvolvidas pelo sistema de previdência, voltadas para a assistência médico-hospitalar de caráter curativo, e as atividades programáticas desenvolvidas pelos serviços de saúde pública, com ênfase preventiva.

Essa integração seria feita por meio da organização de serviços que contemplasse uma responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela coordenação e controle de todo o sistema, com a hierarquização e regionalização dos serviços permitindo o aumento da eficiência administrativa. O programa propunha a subordinação do setor privado, prestador de serviços de saúde, ao poder público.

O Sistema Previdenciário padecia, à época, de uma crise financeira decorrente do esgotamento dos recursos disponíveis, apesar da reestruturação administrativa de 1977, que havia criado o SINPAS. A

tendência ao decréscimo de gastos ocorridos nos dois primeiros anos se apresentavam com tendência ascendente a partir de 1980, retratando um ajuste do setor privado no sentido de neutralizar as regras contencionistas impostas em 1977. Ao mesmo tempo, essas medidas geraram crescente descontentamento dos produtores privados de serviços de saúde e também dos trabalhadores do setor, uma vez que elas ocasionavam perda de qualidade no atendimento, já precariamente oferecido à população¹³.

As propostas do PREV-SAÚDE eram tão ambiciosas em suas metas que a oposição criada pelas entidades privadas, bem como por parte de instituições públicas, principalmente ligadas à Previdência Social, levaram a modificações substanciais da proposta inicial, a qual no final se restringiu a uma reordenação do setor público prestador de serviços de saúde, não fazendo qualquer menção ao setor privado e definindo como áreas de abrangência as localidades de maior carência e grupos sociais mais desprotegidos⁵³.

Essa visão mostrou que, apesar do avanço do movimento sanitário ocorrido a partir de meados da década dos 70, a proposta técnica não teve apoio político suficiente para alterar a lógica do sistema, talvez por uma supervalorização das características técnicas do programa em detrimento da análise da conjuntura política vigente à época^{12,13,71}.

Cabe realçar ainda que a rede de serviços

de assistência médico-hospitalar implantada nas últimas décadas, obedecendo à lógica do mercado, constituiu um complexo de serviços diferenciados sem que obedecesse às necessidades de saúde da população, seja do ponto de vista epidemiológico, geográfico-demográfico ou mesmo funcional, dificultando sobremaneira qualquer processo de transformação do modo de produção e/ou distribuição dos serviços de saúde a partir de uma lógica de atendimento integral, hierarquizado e regionalizado, como proposto no PREV-SAÚDE.

A crise de custeio da assistência médico-hospitalar da previdência continuava agravando-se, corroborada pela política econômica recessiva do Governo, adotada após 1980, necessitando de medidas administrativas que recompusessem o equilíbrio do sistema⁷¹.

Nesse sentido foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, com o objetivo de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como, indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida rede de serviços⁵¹.

Com essas diretrizes foi apresentado e aprovado em 1982 o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que teve como

objetivos a melhoria da qualidade da assistência à saúde, a cobertura assistencial igualitária para a população rural e urbana, o planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros definidos e o aumento da produtividade com racionalização da prestação de serviços.

As proposições mais importantes contidas no plano eram: reformulação do sistema de pagamento das contas hospitalares, criando o SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social); a racionalização ambulatorial visando otimizar a utilização da rede e o ordenamento da demanda; e o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), que preconizava a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por uma comissão paritária (MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde), sob a direção do⁵¹ Secretário de Estado da Saúde .

Constituiu-se assim o Programa das Ações Integradas de Saúde, que logo a seguir foi transformado em estratégia AIS, que propunha modificações substanciais no setor por meio da otimização dos serviços públicos de saúde, a fim de atender a uma demanda crescente de assistência médica.

As AIS tinham como objetivo a universalização do atendimento hospitalar, tornando os serviços dos diferentes níveis de complexidade totalmente acessíveis a população. O acesso ao atendimento ambulatorial de casos de urgência já era universalizado

desde a implantação do PPA.

As AIS foram implantadas a partir de 1983, quando ocorreu formalmente a assinatura do termo aditivo e o termo de adesão dos estados e municípios ao convênio-tripartite.

Elas visavam inicialmente à melhor utilização da capacidade instalada da rede pública de serviços, com a concomitante incorporação da assistência médica individual de caráter curativo aos serviços básicos de saúde, propiciando atendimento médico integral à população, sem qualquer grau de discriminação.

Os órgãos colegiados de gestão, nos diferentes níveis de governo, deveriam garantir a necessária coordenação entre os diferentes serviços e teriam a competência de redefinir as políticas de saúde, nos seus âmbitos de ação.

Para tanto houve um processo de transferência de recursos financeiros para as secretarias estaduais e municipais de saúde, para a operacionalização dessas políticas, alterando o peso político dessas instâncias e permitindo paulatinamente maior presença do setor público na prestação de serviços de saúde.

Concomitantemente a este processo técnico, em nível político ocorreu, com a instalação da "Nova República", em 1984, a ascensão de intelectuais progressistas do setor saúde ao aparelho de Estado, principalmente no INRMPs, os quais transformaram as AIS

13

de um Programa para uma estratégia de mudança .

Sendo os instrumentos técnicos de operacionalização das AIS baseados em parâmetros quantitativos de atendimento individual definidos pelo INAMPS, houve dentro das secretarias de saúde, fossem municipais ou estaduais, um certo confronto com os programas de assistência médico sanitária, adotados desde 1975, com ênfase preventivista e decorrentes de aberturas programáticas de bens e serviços ⁶¹ . Essas diferentes programações não sofreram um processo de síntese nessas instituições sendo que, na prática, houve apenas uma modesta incorporação da assistência médica curativa na maioria dos serviços públicos estaduais e municipais.

Os recursos inicialmente destinados às AIS correspondiam a menos de 3% da dotação do INAMPS, mas com a progressiva expansão e comprometimento dos estados e com a adesão de suas principais cidades ao convênio, os recursos destinados às AIS atingiram 12% da dotação do referido órgão em 1985.

Em síntese, as transformações planejadas na década dos 80, que foram iniciadas com a formulação de uma proposta tecnicamente bem elaborada e "ambiciosa", de mudança no modo de produção do setor saúde, não tiveram o necessário respaldo político para sua efetivação.

O sistema previdenciário, que já apresentava sinais de recrudescimento de seus gastos após os ajustes administrativos efetuados ao final da década

dos 70, propõe as AIS como um novo plano de reordenamento do setor, agora com envolvimento substancial do setor público prestador de serviços em nível estadual e municipal. A partir da implantação dessa estratégia se observou uma diminuição do papel da saúde pública nas definições políticas do setor saúde, pois ao se canalizarem recursos financeiros para esses setores, propiciou-se a mudança do papel institucional dessas instâncias, incorporando-as como prestadoras de assistência médica individual a uma população universalizada pela Previdência Social.

Tem-se, como resultante dessas distintas políticas implementadas desde o começo do século neste País, uma situação de segmentação dos serviços de saúde e conseqüentemente da população que se utilizava desses serviços.

Essa segmentação ocorreu uma vez que, a saúde pública, ao cuidar dos problemas ligados à qualidade de vida, tem-se caracterizado por ações coletivas visando ao controle do agente ou do meio ambiente. Quando se preocupou com a saúde individual fez-lo por meio de ações de assistência médico-sanitária, visando o indivíduo como hospedeiro, enfatizando as ações preventivas e de educação sanitária, tendo como clientela preferencial a população mais carente e marginalizada do processo de produção.

A medicina previdenciária, desde a sua origem, aparece ligada ao modo de produção, atuando nos

problemas de saúde do indivíduo ligados diretamente à sua forma de inserção no mercado de trabalho. Os serviços de saúde destinavam-se à rápida reposição da mão-de-obra e caracterizavam-se pelo atendimento médico individual de finalidade curativa, com ênfase na assistência médico-hospitalar de alta tecnologia e, conseqüentemente, de alto custo.

Portanto, no momento atual em que se⁶⁷ retoma o conceito de cidadania e se busca oferecer os serviços de saúde de forma a garantir a eqüidade e conhecendo parcialmente o processo histórico da saúde pública e da medicina previdenciária que resultou na segmentação exposta, faz-se necessário conhecer de que forma ocorre a integração das ações de assistência médica individual aos serviços de saúde pública, os quais desenvolvem programas de assistência médico-sanitária, uma vez que a integração é a estratégia principal para mudança no setor.

Buscando uma melhor compreensão do processo e das condições necessárias para a integração em uma situação concreta, optou-se pelo estudo de serviços de saúde prestados pela Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo - SHS.

Em vista disso torna-se necessário uma análise do papel histórico por ela desempenhado no setor saúde.

A Secretaria de Higiene e Saúde do Município de S. Paulo

O Município de São Paulo, no início da República, tinha como atribuições no setor saúde (Lei Estadual no. 240/93)³⁸ o saneamento local do meio ambiente, a polícia sanitária das habitações particulares e coletivas, a fiscalização dos estabelecimentos de alimentação pública, a organização e direção dos serviços de vacinação e revacinação, assim como as ações de assistência pública⁴⁹.

No entanto, devido ao caráter centralizador do Estado, essas atribuições eram normatizadas pelo Governo estadual que sempre teve maior atuação no município. O poder municipal tinha uma ação apenas supletiva e eventual à do estado.

No início do século, com a crescente urbanização decorrente do modelo econômico, as ações de controle da comercialização de alimentos e do meio ambiente passam a ser, efetivamente, realizadas pelo poder municipal por meio das Intendências, os quais exerceram o governo na área de saúde pública, com total autonomia de mando em sua área de ação.

A responsabilidade do poder municipal na prestação de serviços de saúde é retomada pela Constituição de 1934, que atribui a responsabilidade conjunta aos governos federal, estadual e municipal nos "serviços de amparo à maternidade e à infância, combate às

doenças transmissíveis, higiene mental e luta contra os
73
venenos sociais" .

Isso resultou na promulgação da Lei Orgânica dos Municípios pela Assembleia Legislativa em 1935, (Lei no. 2.484/35), que estabelecia no campo da saúde
39
as seguintes funções para o poder municipal :

- "assistência aos desvalidos, à maternidade, às famílias de prole numerosa, à educação eugênica;

- proteção à juventude, combate à mortalidade infantil, luta contra os venenos sociais e contra a propagação de moléstias transmissíveis;

- proteção de socorros e cuidados relativos à saúde e assistência pública".

Para o cumprimento da lei foi criado o Departamento Municipal de Higiene (Ato no. 984/35), que absorveu os serviços municipais de abastecimento da antiga
6
Intendência de Mercados .

Apesar dessa competência ampla do poder municipal, este se manteve atuando essencialmente no controle do comércio de gêneros alimentícios e do saneamento ambiental, pois as outras ações de saúde eram prestadas pelo Serviço Sanitário do Estado, que tinha poder de intervenção no Município.

Esse poder estadual se refletia nas ações
66
de "polícia sanitária" , acarretando mudanças nas construções de casas ou mesmo reformas destas, quando

julgada necessária pelo serviço sanitário.

Em 1936 é criado o Hospital Municipal para o atendimento do funcionário público municipal (Ato no. 1.146/36), iniciando as atividades de assistência médica individual para um grupo específico⁷.

E em 1945 que ocorre a criação da Secretaria de Cultura e Higiene e dois anos mais tarde esta é desmembrada, sendo criada a Secretaria de Higiene. Esta passa a cuidar apenas dos assuntos de higiene e não mais da cultura; apesar dessas providências legais, as ações do poder municipal mantiveram-se absolutamente restritas, sem modificar o seu campo de competência.

Assim, nesse momento, a Secretaria de Higiene tinha como objetivos principais as ações de higiene ligadas ao meio ambiente, controle do abastecimento de gêneros alimentícios e assistência aos funcionários⁷³.

Esses objetivos foram ampliados em 1947 com a nova Lei Orgânica dos Municípios, promulgada pela Assembleia Legislativa de São Paulo, que definiu competência específica do município quanto à responsabilidade no atendimento médico de urgência à população residente⁷³.

Para fazer frente às novas competências a Secretaria de Higiene se reestrutura e passa a atuar através de três Departamentos, a saber: Higiene e Saúde, ao qual se subordinam as atividades de atendimento às

urgências; o Departamento de Assistência à Infância e à Maternidade - DAIM, que cuida da assistência à criança e à gestante; e o Departamento de Abastecimento, com atribuições de controle sobre os gêneros alimentícios.

O Departamento de Higiene e Saúde conta com uma Divisão de Pronto-Socorro que passa a utilizar estabelecimentos de saúde já existentes para a execução de suas novas competências, definidas pela Lei Orgânica dos Municípios, e o faz por meio de convênios ou entendimentos diretos.

Assim é que, em 1950, a Secretaria de Higiene assume o Posto Médico da Assistência Policial existente no Pátio do Colégio, no centro da cidade, junto a um posto policial. E, a partir do ano seguinte, utiliza-se do Hospital das Clínicas, do Hospital Maternidade da Lapa e do Hospital Municipal para a instalação de outros postos de pronto-socorros.

Foi nesse período que houve a introdução da assistência médica individual no âmbito municipal para atendimentos de urgência à população em geral. Até esse período a assistência médica prestada se restringia aos funcionários de sua esfera de governo.

A criação do DAIM (Lei no. 3.919/56) representou a extensão municipal dos serviços nacionais criados em nível federal, que propunham uma atuação vertical em problemas específicos ou dirigido a determinada faixa da população. Na verdade, isso

representava uma sobreposição de ações com o Departamento Estadual da Criança - DEC , criado em 1944 para o desenvolvimento de ações de puericultura e urgência⁷⁸ .

Inicialmente o DAIM se caracterizava como um serviço de luta pela eugenia e puericultura, tendo a lei definido que este seria constituído de duas divisões: uma de eugenia e puericultura e outra de pré-nupcial e pré-natal. Devido ao caráter competitivo presente entre os poderes estadual e municipal houve uma rápida expansão dos postos de eugenia e puericultura do município, chegando em 1957 a 30 postos em funcionamento. Estes funcionavam com uma equipe mínima de pessoal, centrada no médico e no educador sanitário; devido as injunções políticas foram instalados em locais pouco adequados, cedidos pelas comunidades que se mostravam interessadas em ter o serviço.

Embora os postos tivessem o propósito de manter a saúde, já era constatada a elevada frequência de crianças doentes nesses serviços¹⁵ .

Concomitante à expansão dos postos de eugenia e puericultura do DAIM, a década dos 50 apresentou uma expansão dos postos de pronto-socorro municipal.

A expansão desses serviços, ocorrida na década dos 50, foi acompanhada de aumento da incorporação de tecnologia ao ato médico, acarretando a elevação da referência hospitalar para os casos atendidos. Eram utilizados como retaguarda principalmente o Hospital das

Clinicas, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Hospital Militar⁷³.

Em 1955 foi criada a Divisão de Pronto-Socorro Municipal,⁴¹ (Lei no. 4.658/55). Esta deveria ter 10 pronto-socorros, dos quais sete já se encontravam em funcionamento. Essa lei permitiu que a Secretaria de Higiene passasse a criar a sua própria infra-estrutura, para cumprir as suas responsabilidades no atendimento de urgência. Assim, os três novos serviços sob responsabilidade total do poder municipal iniciaram seu funcionamento em 1959. Juntamente com essa criação foi autorizada a elaboração de convênio com o Hospital das Clinicas, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital São Paulo para a necessária assistência hospitalar dos casos encaminhados pelos pronto-socorros, mediante o pagamento de uma taxa fixa. Desse modo criou-se, naquele momento, a primeira competência para a contratação de leitos hospitalares, cuja necessidade já se fazia sentir na rede de atendimento de urgência.

Esse movimento de utilização de leitos hospitalares mediante pagamento já era freqüente nos IAP, que se utilizavam da rede privada de hospitais para o atendimento ao previdenciário.

Na década dos 60 a SHS tinha como objetivo a construção de novos prédios para os pronto-socorros em funcionamento e uma política definida de contemplar esses serviços com leitos de retaguarda, numa tentativa de

construir uma rede de hospitais.

Assim, em 1968, foi inaugurado o Hospital de Pronto-Socorro de São Miguel Paulista, contando este com 80 leitos e em 1969 entrou em funcionamento o Hospital Municipal do Tatuapé⁷³.

Quanto aos postos de eugenia e puericultura, após a rápida expansão na década dos 50, apresentaram um processo de ajuste funcional no início dos anos 60 que resultou no fechamento de algumas unidades que não apresentavam condições de funcionamento. Os postos, que em 1959 eram em número de 33, ao final de 1966 reduzem-se para 27.

A partir da metade da década, à semelhança dos pronto-socorros, ocorreu um processo de construção de novas unidades para os Postos de Puericultura, parte para expansão da rede e parte para a readaptação de unidades com planta física inadequada. Além da melhoria das instalações físicas foram criados laboratórios, serviços médicos especializados e serviços de odontologia. Essa expansão foi acompanhada da incorporação de outros profissionais na equipe de saúde⁷³.

A ampliação e reforma da rede física foi possível devido ao aumento de recursos financeiros em nível municipal, decorrente do incremento da alíquota do ICM⁷³.

Na década dos 70, novos hospitais foram construídos no processo de expansão dos serviços de

pronto-socorros.

O aumento da rede de postos do DAIM resultou no funcionamento de 57 postos em 1975, sendo a grande maioria em prédios próprios e em melhores condições de planta física para as atividades de assistência à saúde. A incorporação de outras atividades ao posto resultou no aumento de cobertura do atendimento a crianças e gestantes e, eventualmente a adultos.

A partir de 1974 começam a surgir os movimentos populares de saúde, reivindicando de maneira crescente e organizada a prestação de assistência médica pelos órgãos públicos.

Esses movimentos eram o resultado da crescente urbanização ocorrida no começo da década, que ao atrair a população rural para os grandes centros urbanos não proporcionavam a essa população condições de vida satisfatórias.

Como foi visto anteriormente, a partir de 1975, houve uma revitalização da saúde pública que propiciou maior ênfase no atendimento primário de saúde por meio da assistência médico-sanitária.

Nesse contexto o DAIM, a partir de 1975, iniciou o planejamento da expansão de cobertura, privilegiando áreas geográficas com predomínio de população de baixa renda e desprovidas de unidades de saúde.

O alcance desses objetivos teve sua

viabilidade aumentada através da celebração de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde - SES, que adotava os mesmos princípios, definindo em conjunto a localização das novas unidades criadas por ambos os poderes.

Para desenvolver esse planejamento integrado, a SHS primeiramente realizou a "acreditação" das unidades e baseado neste desenvolveu um trabalho no sentido de transformar os antigos postos de eugenia e puericultura em estabelecimentos com maior capacidade de assistência médica, contemplando todas as faixas populacionais e não apenas o grupo materno-infantil.

Em consequência dessa diretriz política, a reestruturação da SHS, ocorrida em 1978⁴⁵, transformou o DAIM em Departamento de Saúde da Comunidade - DSC, cujas principais características eram: universalização da assistência médica à população em geral com a transformação dos antigos postos de eugenia e puericultura em postos de assistência médica - PAM; descentralização dos serviços com a criação de cinco divisões regionais de saúde e a gradual inserção das programações definidas por SES, visando a uma crescente integração de serviços das duas grandes redes oficiais de assistência à saúde no Município de S. Paulo.

A adoção da gradualidade programada significou a manutenção de todo o equipamento de prestação de assistência médica, a fim de responder às necessidades sentidas da população e, além disso a abertura para que as

atividades programáticas pudessem, em caso de sucesso, gradualmente reduzir a demanda por patologia. Em decorrência dessa estratégia foram criadas a assistência ambulatorial e a assistência programática nos PAM.

Nessa reestruturação o antigo Departamento de Higiene e Saúde, englobando os pronto-socorros, transformou-se na Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência.

Concomitante às alterações da SHS, era observado o amadurecimento dos movimentos populares, iniciados em 1974, que passaram a pressionar diretamente o nível municipal por serviços de saúde, preferencialmente os de caráter médico-hospitalar.

A pressão popular sobre a Secretaria de Estado da Saúde havia resultado no reconhecimento, por parte desta, da carência de serviços de saúde, principalmente na periferia do município. Como resposta foi elaborado um projeto de expansão da rede com o objetivo de suprir as deficiências de unidades básicas e de leitos na periferia do município ⁸³.

Esse projeto conhecido como Programa Metropolitano de Saúde - PMS, necessitava de vultosos recursos financeiros para sua viabilização. Era uma proposta tecnicamente bem-elaborada, mas que necessitava de apoio político, principalmente para o financiamento do projeto. Constata-se que primeira etapa do programa, que consistia na construção de unidades básicas, só foi

parcialmente concluída em 1984.

A pressão sobre a SHS dos conselhos de saúde, sociedades amigos de bairro e outras organizações sociais fez-se sentir mais tardiamente e se caracterizava por reivindicações de atendimento médico de urgência.

Como resposta à essas pressões foram criados os serviços de Pronto Atendimento Médico - PA junto aos Postos de Assistência Médica - PAM. Em 1980, o primeiro PA foi criado junto ao PAM Jardim S. Jorge, na zona oeste do Município, região carente de recursos médico-hospitalares.

O PA era um serviço junto ao PAM que desenvolvia basicamente atendimento médico de urgência, ininterrupto, no qual a finalidade era atender à demanda espontânea da população sem qualquer restrição. Para tanto, os recursos humanos desses serviços trabalhavam em regime de plantão, no qual há revezamento diário de profissionais médicos e, em dias alternados, de pessoal auxiliar.

Essa dinâmica de trabalho do pessoal dificultava qualquer proposta de acompanhamento dos problemas de saúde apresentados pela clientela.

A chefia do PA era exercida pela mesma chefia do PAM; no entanto, o regime de trabalho deste é de quatro horas diárias, o que dificultava sobremaneira a gerência desse serviço.

Essas dificuldades podem ser

responsabilizadas parcialmente pela lenta expansão desses serviços, pois entre 1980 e 1983 apenas dois PA foram implantados.

Os serviços de Pronto Atendimento, por terem sido criados pelo DSC e, portanto, ligados à rede básica e não à rede hospitalar, careceram desde o seu início da retaguarda hospitalar, fosse pública ou privada.

Nesse mesmo período foi observada uma expansão da rede básica com a criação e construção dos denominados PAM-sociais, que retomavam o conceito clássico⁷⁸ de "centro de saúde", proposto no início do século , em que o enfoque maior seria para a educação sanitária, visando à mudança de atitude da clientela, reforçando a visão preventivista de saúde pública. Para tanto, essas unidades apresentavam uma área física suplementar para as atividades de educação sanitária.

Na área hospitalar e de urgência os serviços mantiveram-se estabilizados, não havendo qualquer processo de expansão no período.

Essa diretriz foi modificada apenas em 1983 , quando do início da implantação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, com a adesão da Prefeitura de São Paulo ao convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS, em outubro do referido ano.

Como consequência dessa adesão foi possível uma expansão da rede através da otimização da

capacidade física instalada e pelo aumento da capacidade resolutiva.

Para tanto foram expandidos os horários de atendimento dos PAM, regionalizados os recursos de apoio laboratorial disponíveis nos hospitais municipais e colocados à disposição da rede básica novos equipamentos médicos de diagnóstico e terapêutica.

Todas essas providências foram viáveis devido ao aumento de recursos financeiros decorrentes do convênio AIS.

Essa política de expansão resultou na criação e na implantação de mais seis PA que somados aos dois existentes em 1983 totalizavam oito PA em funcionamento em 1985. Esses últimos foram instalados nos PAM-sociais, ocupando as áreas físicas ociosas. Para a incorporação desse novo serviço não houve qualquer mudança estrutural ou organizacional do DSC.

Com o objetivo de viabilizar a integração desses serviços foi elaborada uma programação de trabalho integrado em um PAM que havia sido construído junto a um conjunto residencial, denominado Promorar Rio Claro, na zona sudeste do Município.

Essa unidade, por estar situada dentro do conjunto habitacional, apresentava uma população quantitativamente definida, a qual foi cadastrada pela unidade.

Para o funcionamento deste PAM foi

concebida uma estrutura organizacional na qual uma única equipe de saúde pudesse atender às duas atividades básicas da unidade, a saber: a assistência médico-sanitária e o atendimento médico de urgência. Para tanto foi mantido o agendamento programado mas com a flexibilidade de atendimento às patologias em qualquer horário.

O atendimento médico de urgência seria executado pelos profissionais que rotineiramente desenvolveriam as ações do programa de assistência médico-sanitária e que, periodicamente (uma vez por semana) atenderiam às consultas do PA no seu horário de trabalho. Dessa maneira, tentar-se-ia garantir a continuidade dos tratamentos e um relacionamento mais contínuo e mais comprometido do profissional com a população usuária, bem como o reconhecimento por esta dos profissionais existentes nessa unidade.

A fim de garantir a clara execução das atividades previstas, todos os funcionários do posto foram treinados durante três meses, antes de sua inauguração.

Nessas condições, o PAM Rio Claro entrou em funcionamento em dezembro de 1983 e o Pronto Atendimento Integrado em março de 1984, inicialmente no período de 8 às 20 horas. Durante esse período o posto dispunha de uma ambulância para a realização das remoções ou encaminhamentos necessários.

No entanto, no acompanhamento e na avaliação efetuada em maio de 1984, foi constatado que

havia uma baixa demanda ao Posto, acarretando certa ociosidade do recurso humano existente. O problema maior identificado foi a dificuldade de manutenção do PA, pois apesar do rodízio previsto entre os médicos para esse atendimento, havia resistências no sentido de atender a clientes de diferentes faixas etárias, o que resultava em intensa solicitação de auxílio pelo médico do PA aos outros profissionais quando o cliente atendido não se enquadrava em sua especialidade médica.

Essa resistência da categoria médica levou a alterar a dinâmica de trabalho, resultando na proposta de desativação do PA, pois, devido à ociosidade existente, foi alegado que as atividades médicas de urgência poderiam ser executadas pelo profissional dentro da rotina programada.

Frente a esse quadro o PA foi desativado, matendo-se apenas as atividades do PAM.

Apesar das dificuldades decorrentes da falta de um estudo mais aprofundado para conhecer as reais causas desse processo de reversão, evidenciou-se nesse episódio a necessidade de conhecer com mais detalhes o processo de integração das atividades de assistência médica individual de caráter curativo às atividades programadas de assistência médico-sanitária executadas nas outras unidades da SHS, pois essa seria uma grande diretriz que propiciaria modificações substanciais no setor, principalmente envolvendo os serviços públicos de

saúde.

As instituições públicas de saúde têm colocado em prática propostas de integração funcional de serviços de saúde, tanto em âmbito intra-institucional como interinstitucional; no entanto, apesar dos esforços dispendidos, pouco se tem conseguido.

Em nível do poder público municipal foi dada maior ênfase à integração da assistência médica individual, de caráter de urgência, às ações de assistência médico-sanitária, e que envolveram apenas as estruturas responsáveis pela rede básica de serviços. Em todas as etapas desse processo a integração da estrutura médico-hospitalar de urgência da SHS foi débil sendo, na maioria das vezes, informal e sem qualquer vinculação organizacional que facilitasse a utilização adequada dos serviços médico-hospitalares do próprio poder municipal.

A evolução histórica das instituições de saúde mostram que as propostas teóricas, sejam técnicas ou administrativas são concretizadas, na prática, de acordo com sua maior aderência às condições sócio-políticas vigentes na época. E, quanto maior o grau de resposta aos anseios da sociedade, maior tem sido a viabilidade dessas propostas.

Tanto os estudos como as propostas de reorganização dos serviços de saúde apresentam o pressuposto básico de que a mudança funcional e/ou organizacional resultará numa melhor assistência à saúde

da população usuária. No entanto, os resultados alcançados mostram que esse pressuposto não é suficiente para garantir uma adequada resposta às necessidades de assistência à saúde da população, principalmente à usuária.

Faz-se necessário conhecer, com maior profundidade a clientela usuária dos serviços de saúde, pois é para esta que se destinam os serviços prestados. É primordial que se conheça quem é, como é constituída, que necessidades tem, qual a sua expectativa frente aos serviços oferecidos.

O maior conhecimento da clientela usuária possibilitará a formulação e a elaboração de novas propostas de reorganização de serviços que com maior probabilidade contribuirão para o processo de integração dos serviços de saúde, resultando em real benefício à população.

Para aprofundar os conhecimentos sobre essas questões, que se considera primordial para a compreensão do processo de integração dessas atividades e conseqüente mudança do papel institucional dos serviços públicos de assistência à saúde, foi escolhido o PAM-PA Jardim São Jorge para estudo da integração e utilização das atividades de assistência médico-sanitária e de assistência médica individual de caráter curativo.

Essa unidade foi escolhida por ter sido o primeiro PAM a contar com um PA, sendo que este foi

implantado como resposta às pressões populares, principalmente de usuários do PAM, que reivindicavam um serviço de assistência médica de urgência.

OBJETIVOS

Historicamente, observa-se que o PR surge como resposta institucional às pressões da população que reivindica um serviço de atendimento médico ininterrupto para os casos de urgência, os quais não eram atendidas pelo PAM existente.

Considerando ainda a estratégia de expansão e integração desses serviços, de origens e naturezas distintas, implementadas por SHS, a partir de 1983, o presente estudo tem como propósito conhecer e analisar a relação e a forma de utilização de ambos serviços, pela clientela usuária. Para tanto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. conhecer as características individuais e sócio-econômicas da clientela que utiliza o serviço de Pronto Atendimento e o Posto de Assistência Médica;
2. analisar o tipo e a característica do motivo de pelo qual a clientela procura e utiliza esses serviços;
3. analisar a resolatividade e a satisfação referida pela clientela e os possíveis fatores que intervêm nesse resultado;

4. analisar as diferentes formas de utilização dos serviços pela clientela com relação aos objetivos e ao processo de trabalho dos mesmos.

MATERIAL E METODO

Como foi referido na Introdução, será estudado o PAM-PA Jardim São Jorge da SHS, localizado na zona oeste do Município de São Paulo, no distrito de paz do Butantã.

O Butantã tem uma extensão geográfica de 253,86Km² e uma população estimada, para 1985, de 408.305^{5,76} habitantes. Localiza-se na região limítrofe do Município e faz divisa com Taboão da Serra, Cotia e Itapeverica da Serra.

A região apresenta uma barreira geográfica representada pela Rodovia Raposo Tavares, que separa essa região em duas partes, sendo que o PAM - PA São Jorge se localiza na região sudoeste, conforme assinalado no Mapa 1.

A área de abrangência do PAM - PA Jardim São Jorge compreende uma população de aproximadamente 140.000 habitantes residentes nos seguintes núcleos habitacionais: Jardim São Jorge, Jardim Arpoador, Jardim Cambará, Jardim João XXIII, Jardim Educandário, Jardim Paulo VI, Jardim Real, Jardim Boa Vista, Pq. Ipê e Vila Borges.

Considerando os objetivos do presente estudo, foi realizado inicialmente o levantamento da produção de consultas médicas do PAM-PA realizado nos últimos três anos. Verificou-se que o número de consultas

se apresentava quantitativamente estável, atingindo a média mensal de 1732 consultas médicas no PAM e de 6564 consultas médicas no PA.

Frente a essa estabilidade de produção foi realizado um levantamento sobre a procedência da clientela que freqüentou o serviço nos últimos 12 meses. A característica da clientela está relacionada ao acesso geográfico, serviços oferecidos e custo/benefício. Verificou-se que 82% de todos os atendimentos efetuados pelo PAM e 80% dos atendimentos do PA eram de clientes residentes em conjuntos habitacionais: Jardim S. Jorge, Jardim Arpoador, Jardim João XXIII e Jardim Cambará, razão pela qual essa foi considerada a população-alvo do presente estudo (Mapa 2).

As variáveis definidas para estudo foram classificadas em três grupos:

- a) características individuais e sócio-econômicas;
- b) motivo de procura ao serviço;
- c) grau de resolutividade

As informações para os dois primeiros grupos de variáveis foram coletados por meio de um formulário aplicado no PAM-PA (Anexo 1) e o terceiro grupo foi coletado em um outro formulário aplicado à clientela em seu domicílio (Anexo 2).

a) Características individuais e sócio-econômicas da clientela

As informações destinadas a identificar o tipo de clientela usuária do PAM e do PA do ponto de vista das características individuais e condições sócio-econômicas, compreenderam as seguintes variáveis:

- idade (anos completos);
- sexo;
- domicílio;
- tempo de residência na região;
- ocupação do chefe da família;
- escolaridade do chefe da família;
- renda familiar "per capita";
- situação previdenciária do chefe da família.

Essas variáveis foram coletadas diretamente por meio da aplicação de formulários (Anexo 1).

A ocupação do chefe da família baseou-se na escala de prestígio ocupacional de Gouveia^{32,33}, que apresenta sete categorias:

1. ocupações manuais não-especializadas;
2. ocupações manuais especializadas e assemelhadas;
3. supervisão do trabalho manual e ocupações assemelhadas;

4. ocupações não-manuais de rotina e assemelhadas;
5. posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não-manuais; proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais e agropecuárias;
6. profissões liberais; cargos de gerência ou direção; proprietários de empresas de tamanho médio;
7. altos cargos políticos e administrativos; proprietários de grandes empresas e assemelhados.

A escolaridade do chefe da família foi classificada em seis categorias a partir da distribuição empírica observada, tendo em vista o término de cada fase de formação escolar, abaixo discriminadas:

1. analfabeto;
2. primário incompleto;
3. primário completo;
4. ginasial completo;
5. colegial completo;
6. superior completo.

A renda familiar "per capita" foi calculada baseando-se na informação de renda fornecida pelo cliente e considerando todos os trabalhos remunerados de residentes no domicílio do cliente. Foram classificados em

10 categorias, utilizando-se intervalos de 0,25 SM "per capita" até 2 SM e, após, intervalos de 0,50 SM "per capita".

As variáveis sócio-econômicas referentes à renda familiar "per capita", o prestígio ocupacional e a escolaridade do chefe da família foram combinadas através de um procedimento estatístico (correlação de Pearson) que pontua as diferentes categorias de cada uma das variáveis e permite a obtenção de um escore único para cada cliente, conforme descrito por Alvarenga^{2,3}.

No presente estudo o referido índice foi calculado para as duas amostras no sentido de obter um único sistema de estratificação para as populações amostrais consideradas. A partir da correlação de Pearson os pesos obtidos para cada variável foram os seguintes: renda familiar "per capita" ($r=0,829$), ocupação do chefe da família ($r=0,588$), escolaridade do chefe da família ($r=0,768$).

As amplitudes dos estratos ou camadas sociais foram obtidas segundo critério teórico diferente⁽³⁾ daquele utilizado no trabalho original de Alvarenga e categorizados da seguinte maneira:

- I. Baixo - (2,185 - 5,665)
- II. Médio Baixo - (5,666 - 9,245)
- III. Médio - (9,246 - 12,825)
- IV. Médio Alto - (12,826 - 16,405)
- V. Alto - (16,406 - 20,086)

b) Motivo de procura ao serviço

Essas informações tinham como objetivos principais identificar o motivo pelo qual o cliente procurou um dos dois serviços e quais as características dos mesmos. Compreendiam as seguintes variáveis:

- motivo principal de procura ao serviço;
- duração do motivo de procura;
- utilização dos serviços do PAM-PA nos últimos 12 meses;
- diagnóstico efetuado pelos serviços;
- condutas prescritas à clientela atendida.

Para identificação do motivo foi utilizado o método descrito por LAURENT e colaboradores³⁶, empregado em nosso meio por CARVALHEIRO no levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares¹⁴. O diagnóstico e a conduta médica foram coletados diretamente do prontuário ou da ficha de atendimento do cliente. O motivo de procura foi analisado em base na Classificação Internacional de Assistência Primária¹⁷ e os diagnósticos médicos foram analisados em base na Classificação Internacional de Doenças⁴⁸.

c) Grau de resolutividade

Essas informações tinham o objetivo de avaliar o resultado do atendimento realizado pelo PAM - PA frente ao motivo de procura. Vissava, também identificar a utilização posterior, pela clientela usuária, de outros serviços de saúde ou outros recursos. Tais informações envolviam as seguintes variáveis:

- resolução do motivo (queixa) de procura apresentada pela clientela;
- condutas prescritas;
- identificação das causas atribuídas pela clientela à evolução apresentada pela queixa;
- recursos de assistência médica utilizados de forma complementar para a mesma queixa;
- grau de satisfação pessoal pelo atendimento recebido,
- recursos de saúde utilizados habitualmente pela clientela.

Essas informações foram coletadas utilizando-se técnicas para coleta de depoimentos pessoais para pesquisas qualitativas 64,74 .

Esses dados visavam avaliar qualitativamente o atendimento recebido pelo usuário. Portanto, será um estudo de análise qualitativa, tendo como referencial o cliente e não o funcionamento do

72
sistema de saúde .

Definidas as variáveis a serem estudadas foram elaborados formulários preliminares com questões abertas, visando identificar a clareza das questões e o tipo de respostas apresentadas. Esses formulários preliminares foram aplicados como pré-teste em 20 clientes de ambos os serviços, o que possibilitou uma formulação mais explícita das questões, a padronização de algumas respostas de maior frequência e a definição de intervalos de tempo de maior clareza para a clientela (Anexo 1 e 2).

O tamanho da amostra trabalhada foi estimado tendo como base a média mensal de produção de consultas médicas do PAM e do PA e sua adequação às variáveis definidas. Considerando-se que na aplicação de eventuais testes de proporções a variabilidade pudesse ser máxima, isto é, $p=0,5$, foi estimado um tamanho de amostra superdimensionado para todos os possíveis verdadeiros valores das proporções a serem encontrados.

Foi admitida, em função dos tipos de variáveis utilizadas, uma imprecisão de 10% com probabilidade de 95%.

Com esses parâmetros foi calculado o tamanho da amostra da seguinte maneira :²⁸

$$n = \frac{[2,96 \times 0,5]^2}{0,1}$$

$$n = 96$$

A correção para população finita foi feita pela equação:

$$n = \frac{96}{1 + \frac{96}{x}},$$

onde x era a média mensal de consultas médicas de cada um dos serviços estudados; ter-se-á, portanto:

$$n_{\text{PAM}} = \frac{96}{1 + \frac{96}{1.732}}$$

$$n_{\text{PAM}} = 91$$

$$n_{\text{PA}} = \frac{96}{1 + \frac{96}{6.564}}$$

$$n_{\text{PA}} = 95$$

Admitindo-se uma possível perda de casos de 20%, concluiu-se que o tamanho da amostra deveria ser de:

$$n_{\text{PAM}} = 91 \times 1,2 = 110 \text{ clientes}$$

$$n_{\text{PA}} = 95 \times 1,2 = 114 \text{ clientes}$$

A amostra foi coletada utilizando-se da escolha sistemática aleatória, tanto na clientela do PAM

como no do PA.

A consulta médica no PAM era realizada em três períodos de quatro horas, separados nos seguintes horários: 8-12, 12-16, 16-20 horas. Era prestado atendimento por clínica compreendendo: pediatria, toco-ginecologia e clínica geral para adultos. Essas clínicas eram atendidas por seis médicos que se distribuíam nesses horários de trabalho.

A rotina diária de cada médico compreendia o atendimento de oito consultas médicas de rotina, agendadas previamente e quatro vagas para atendimento de casos de urgência, para clientes matriculados no PAM. Era previsto ainda atendimento extra em casos agudos a critério da chefia médica. Os médicos deveriam trabalhar quatro horas por dia e se mantinham no horário fixo os cinco dias da semana.

O atendimento da consulta médica no PAM era realizado na ordem de chegada da clientela, sendo primeiramente atendidos os clientes agendados e depois os casos de urgência.

Participaram da amostra clientes que buscaram consulta médica na unidade.

A amostra de clientes foi escolhida por clínica e por horário de atendimento. O primeiro caso era aquele cliente que chegasse em terceiro lugar ao PAM para o atendimento médico, nos horários previamente definidos de atendimento, isto é, 8-12, 12-16, 16-20 horas. O

segundo seria o sexto cliente a chegar à unidade para a consulta médica. Portanto o intervalo definido para a coleta sistemática era três para os clientes agendados. Como só haviam oito clientes agendados por período de atendimento por dia, o máximo de clientes amostrados por clínica, por período, era de dois clientes previamente agendados.

A amostragem dos clientes matriculados que utilizavam o PAM para as consultas não-agendadas foi realizada tomando-se o segundo cliente que chegasse ao PAM para atendimento na clínica específica em cada período definido. Tendo em vista o número total de vagas e por se tratar de uma atividade eventual, ou seja, não necessariamente realizada, foi mantida a média de um cliente não-agendado por clínica e por período na amostra.

Como a população alvo para estudo compreendia apenas aquela residente nos quatro núcleos habitacionais mencionados anteriormente, havia a possibilidade de que o cliente escolhido por esta sistemática de amostragem não residisse nesses locais e, considerando a possibilidade de recusa na participação por parte do cliente, foi previsto que nesses casos o próximo cliente, em ordem de chegada, seria selecionado para a amostra e manter-se-ia o mesmo intervalo de três, considerado a partir do cliente escolhido anteriormente.

O percentual de perda da amostra com a sistemática utilizada foi de 6,6% no PAM e, destes,

87,5% foi devido a não-residência nos núcleos definidos como população-alvo.

O PA apresentava atendimento médico ininterrupto 24 horas por dia. Os médicos, diferentemente do PAM, trabalham em regime de plantão de 24 horas, havendo portanto uma troca diária da equipe médica. As equipes eram constituídas por dois médicos generalistas.

Tendo em vista que o objetivo era analisar ambos os serviços de forma comparativa, definiu-se que a amostra do PA seria coletada no mesmo período de funcionamento do PAM, isto é, das 8 às 20 horas.

Para melhor organização da amostra, o período de atendimento do PA foi dividido teoricamente nos mesmos períodos de atendimento do PAM, isto é, 8-12, 12-16, 16-20 horas.

Considerando a grande demanda desse serviço, a característica de procura espontânea pela clientela e a rapidez do atendimento, foi definida a seguinte sistemática de amostragem: em cada um dos períodos considerados, o primeiro cliente amostrado seria aquele que chegasse para atendimento médico na ordem de chegada do último dígito do dia do atendimento, que seria portanto variável de acordo com o calendário (*). Os próximos entrevistados seriam aqueles que chegassem para consulta

(*) Exemplo: no dia 12 o primeiro cliente da amostra seria aquele que chegasse em segundo lugar em um dos períodos definidos.

médica em intervalos de 10, considerada a ordem de registro no livro de ocorrências na porta de entrada do PA.

Da mesma maneira que no PAM, nos casos de clientes não-residentes nos núcleos habitacionais definidos ou em casos de recusa à participação, a escolha recairia sobre o próximo cliente a chegar em ordem cronológica para a consulta médica, mantendo-se o intervalo de 10 definido a partir do cliente selecionado primeiramente.

O percentual de perda de amostra do PA foi de 11%, sendo que 85,7% destes, foi devido a não residência nas áreas definidas.

Em relação ao sistema de coleta de dados o primeiro formulário (anexo 1) foi aplicado no próprio PAM-PA Jardim São Jorge, antes do atendimento médico. Para tanto foram utilizadas salas da própria unidade que dispunham de no mínimo uma mesa e duas cadeiras.

O segundo formulário (anexo 2) foi aplicado, pelo mesmo entrevistador treinado, no domicílio do cliente, num intervalo de sete a 14 dias após a aplicação do primeiro formulário.

A aplicação em domicílio visava garantir a necessária complementação das informações prevista nos dois formulários.

O intervalo definido para a aplicação desse segundo formulário visava garantir a maior

fidedignidade das informações, tendo em vista que a técnica
14
utilizada era a recordatória .

Nos casos de impedimento ou de não-localização do domicílio ou da ausência do cliente em domicílio foram feitas novas visitas. Tendo em vista a delimitação prévia efetuada e considerando que os entrevistadores conheciam bem a área, a perda foi de apenas 1,6% no PAM e de 2,4% no PA, após duas novas visitas num intervalo máximo de até 20 dias após a aplicação do primeiro formulário (três casos).

Os entrevistadores foram recrutados entre os próprios funcionários do PAM-PA. Essa escolha decorreu da estratégia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, qual seja, ao finalizar a elaboração do projeto este foi apresentado à diretora da unidade, que solicitou fosse este apresentado a todos os funcionários para que conhecessem o trabalho e pudessem colaborar na sua realização. Como resultado dessa reunião houve um grande interesse demonstrado por parte dos funcionários em participar ativamente no projeto.

Considerando o desenho do projeto e a possibilidade de implementar e controlar a realização por meio de um processo de capacitação e supervisão, foi aceita a proposta de utilização de funcionários como entrevistadores, que aplicariam o formulário de pesquisa.

Foi feito um recrutamento levantando-se a jornada de trabalho e a disponibilidade horária. A seleção

foi feita baseada em entrevista, na qual se identificaram os conhecimentos de saúde e capacidade de relacionamento pessoal.

Foram elaborados manuais de preenchimento dos formulários e os funcionários selecionados, em número de cinco, foram submetidos a um treinamento teórico e prático.

Durante todo o período de aplicação dos dois formulários, que ocorreu no período de outubro de 1985 a março de 1986, foi feita a supervisão diária do trabalho de campo, que consistia na conferência de cada formulário preenchido, com a presença do entrevistador, onde era analisada a clareza das informações obtidas e a coerência entre elas. No caso da revisão do primeiro formulário, ao se identificarem informações incompletas ou pouco compreensíveis, as mesmas eram destacadas para esclarecimento posterior quando da aplicação do segundo formulário.

Essa supervisão diária, que era realizada tanto na etapa de amostragem como na aplicação do formulário, garantiu a clareza das informações e permitiu a realização da necessária complementação, visando aumentar a confiabilidade dos dados coletados.

O treinamento efetuado e complementado pela supervisão diária dos entrevistadores visava minimizar as possíveis distorções decorrentes da utilização de funcionários do próprio serviço.

Os formulários foram aplicados em 122 clientes do PAM e 127 clientes do PA.

Os dados coletados foram consolidados e tabulados manualmente, cruzando-se as variáveis julgadas pertinentes ao estudo de acordo com os objetivos definidos.

Para a análise estatística de dados foram utilizados testes não-paramétricos. O teste de χ^2 , foi utilizado na análise de variáveis e o teste "t" para a comparação de médias. Estes foram empregados sempre que necessário, utilizando-se o nível de significância de 5%

Mapa 1- Área geográfica de abrangência do FAM-PA Jardim São Jorge.
Município de São Paulo, 1985.

Mapa 2 - Área geográfica delimitada na pesquisa da clientela do PAM-PA Jardim São Jorge,
Município de São Paulo, 1985.

RESULTADOS E ANALISE DOS DADOS

**a) Características individuais e sócio-econômicas
da clientela**

As clientelas do PAM e do PA mostram uma distribuição por faixa etária bastante semelhante, não havendo diferença significativa entre ambas. São formadas predominantemente por crianças menores de 10 anos, que representam mais de 60% das amostras (Tabela 1). Há maior proporção de crianças de um a quatro anos no PA do que no PAM e uma discreta proporção maior de clientes acima de 50 anos no mesmo.

Ao se compararem os dados coletados com as informações sobre produção de atividades nos últimos três anos desses serviços, verifica-se que há correspondência entre eles.

A maior proporção de crianças de um a quatro anos no PA provavelmente decorre da elevada frequência de agravos à saúde que ainda apresenta essa faixa populacional aliada à inexistência de agendamento sistemático no PAM.

A distribuição etária por sexo mostra que até os 10 anos de idade há um equilíbrio entre ambos os sexos e a partir dessa idade há uma preponderância do sexo feminino sobre o masculino (Tabela 2).

Assim, a clientela do PAM e do PA, quanto a idade e sexo, é constituída predominantemente pela população materno-infantil que retrataria, em grande parte, a programação médico sanitária implantada na rede básica de serviços do setor público e que se refletiria também no PA, que apesar de ser um serviço de livre acesso e sem qualquer ênfase programática tem uma clientela semelhante ao PAM. A menor proporção de adolescentes e adultos do sexo masculino no PA talvez refletisse a "ausência" destes da proximidade do PAM-PA, pois nos horários de funcionamento se encontrariam em seu local de trabalho, utilizando provavelmente outro recurso de saúde.

Quanto ao local de residência (Tabela 3) verifica-se que mais de 68% da clientela, em ambos os serviços, residem no Jardim S. Jorge. A frequência decresce progressivamente de acordo com a distância de cada núcleo residencial em relação ao PAM-PA, exceção feita à clientela do PA residente no Jardim João XXIII. Essa situação poderia decorrer da existência de um outro PAM da SHS no Jardim Paulo VI, geograficamente, mais próximo do Jardim João XXIII. Assim, essa clientela utilizaria predominantemente o outro PAM para as atividades consideradas não-urgentes, pois esse não tem serviço de pronto atendimento, e utilizaria o PA do Jardim São Jorge para as consultas médicas de urgência (para os casos agudos). Essa utilização múltipla de serviços para atender às necessidade de saúde da população também tem

1
sido descrita por outros autores como ALBUQUERQUE,
75 31
SUCUPIRA E GONÇALVES.

Quanto ao tempo de residência na região, verifica-se pela Tabela 4 que não há diferença entre ambas as clientela. A maioria (acima de 76%) reside na região há mais de dois anos. Esses dados mostram que ambas as clientela apresentam maior tempo de residência na região e que, portanto, a exemplo do já constatado por 14 60 CARVALHEIRO e pela Fundação IBGE, em estudos populacionais, estes conheceriam melhor os equipamentos disponíveis e os utilizariam mais adequadamente.

Em termos da caracterização sócio-econômica da clientela, a análise sobre a renda familiar "per capita", a ocupação e a escolaridade do chefe da família permitiram apreender especificidades das mesmas em função do instrumental utilizado.

A renda familiar "per capita" de ambas as clientela, em relação ao salário mínimo (SM) vigente na época mostra que a moda da distribuição se encontra entre 0,26 e 0,50 SM "per capita", indicando pertencerem elas às camadas sociais menos favorecidas. Observa-se ainda que 59,83% da clientela do PAM e 43,30% da clientela do PA apresentam renda familiar "per capita" abaixo de 0,50 SM, por outro lado, que 2,46% no PAM e 13,38% no PA apresentam respectivamente renda acima de 1,50 SM (Tabela 5).

Apesar de ambas as clientela apresentarem baixa renda familiar "per capita", o cálculo da renda média

familiar "per capita" da ordem de 0,5615 SM e 0,8061 SM obtidos no PAM e no PA mostra, quando analisados estatisticamente, diferença significativa.

Nessa mesma tabela observa-se que apenas 1,64% da clientela do PAM tem renda "per capita" acima de 1,76 SM, enquanto no PA, 11,02% de clientela ganha acima desse valor. Essa distribuição sugere que a clientela de renda mais elevada dessa amostra utiliza com maior frequência o PA do que o PAM para a resolução de problemas agudos de saúde, enquanto que provavelmente para os serviços programados ou de rotina utilizaria também outro recurso de saúde.

Quanto a ocupação do chefe da família observa-se, pela tabela 6, não haver diferença entre as clientelas de ambos os serviços. Os maiores contingentes, 87,80% no PAM e 83,46% no PA, concentram-se nas duas primeiras categorias sócio-ocupacionais que apresentam ocupações do tipo manual, não especializada e especializada, assim como as assemelhadas. Ao se acrescentar a essas duas a categoria 3, que representa igualmente ocupações de mesma natureza, essa concentração passa a ser de 91,88% no PAM e 86,61% no PA, representando a quase totalidade da amostra do PAM e a grande maioria do PA.

Quanto às outras categorias sócio-ocupacionais verifica-se que somente 8,20% no PAM e 13,39% no PA apresentam ocupações do tipo não manual,

classificadas nas categorias 4 e 5 e nenhuma parcela das clientelas analisadas foi classificada nas categorias 6 e 7, que representariam as formas mais elevadas de inserção das populações na estrutura de emprego existente, em termos da escala de Gouveia (32,33).

Esses dados permitem revelar a homogeneidade de ambas clientelas bem como indicam o tipo de inserção dos mesmos numa dada estrutura de mercado de trabalho e conseqüentemente as condições objetivas de existência.

O nível de escolaridade apresentado pelo chefe da família foi bastante baixo, pois 59,84% do PAM e 49,60% do PA não haviam concluído quatro anos de educação básica), portanto não possuíam a alfabetização básica (Tabela 7). Essa condição estaria inteferindo não somente na sua inserção na força de trabalho produtiva mas restringiria igualmente a utilização plena dos recursos sociais disponíveis na comunidade 60.

Portanto, ao se analisarem isoladamente as variáveis sócio-econômicas verifica-se que a única diferença estatisticamente significativa entre as duas clientelas se refere à renda familiar "per capita", dada a homogeneidade apresentada por ambas em função de suas categorias sócio-ocupacionais.

Ao serem combinadas essas variáveis em um índice, volta para a especificação de possíveis diferenças internas dessas amostras, a distribuição das clientelas

por estrato social observada na Tabela 8 mostra que há predominância dos níveis mais baixos correspondentes aos estratos I e II da referida classificação em ambos os serviços e que as diferenças numericamente observadas não são estatisticamente significantes pelo teste de χ^2 .

Essa análise, ao indicar que as clientela são semelhantes, permite revelar que a variável mais indicada para apreender diferenças entre as clientela é a renda familiar "per capita", dado o seu maior poder discriminante no interior do sistema de classificação revelado pelo maior peso obtido no processo de combinação das variáveis ($r=0,829$)*.

Visando maior aprofundamento da análise da diferença estatisticamente demonstrada na média da renda familiar "per capita" procede-se a um estudo dessa variável em relação à ocupação do chefe da família, verificando-se a prevalência de ocupações autônomas sem vínculo empregatício na clientela do PA, o que explicaria em parte a diferença encontrada. Portanto, a discriminação estatisticamente encontrada pode ser entendida a partir dessa análise realizada.

* A importância da renda como fator isolado de maior discriminação das condições de saúde da população tem sido demonstrado em outros trabalhos; especificamente relacionado à desnutrição temos o de: CAMPINO, A.C.C. - Aspectos sócio-econômicos de desnutrição no Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 20: 83-101, 1986.

A cobertura previdenciária encontrada na população analisada foi de apenas 70% em ambas as clientela (Tabela 9).

Esse fato permite evidenciar a questão da baixa inserção dessa população analisada no mercado de trabalho mais estável e com implicações para a utilização dos equipamentos de saúde disponíveis, isso devido à menor oportunidade de acesso e opção aos mesmos.

Em suma, observou-se que não há diferença entre a clientela do PAM e do PA, que é constituída essencialmente pela população materno-infantil, com grande predominância da população de menores de 10 anos, a grande maioria residente na região há mais de dois, com situação sócio-econômica precária concentrada nos estratos sociais mais baixos, apresentando, portanto, baixa renda, baixa escolaridade e ocupação predominantemente manual.

TABELA 1 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE - SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	PAM		PA		TOTAL	
	no.	%	no.	%	no.	%
(1	22	18,03	20	15,75	44	17,67
1 - 4	33	27,05	42	33,07	75	30,12
5 - 9	22	18,03	21	16,53	43	17,27
10-14	9	7,38	10	7,87	19	7,63
15-19	6	4,92	6	4,72	12	4,82
20-39	16	13,11	19	14,96	35	14,06
40-45	3	2,46	5	3,94	8	3,21
46-50	1	0,82	2	1,57	3	1,20
51-60	7	5,74	1	0,79	8	3,21
61 e +	3	2,46	1	0,79	4	1,61
TOTAL	122	100,00	127	100,00	249	100,00

TABELA 2 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, SEXO E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE - SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO							
	PAM				PA			
	masc. no.	%	fem. no.	%	masc. no.	%	fem. no.	%
< 1	11	22,92	11	14,87	9	15,25	11	16,18
1 - 4	16	33,33	17	22,97	27	45,76	15	22,06
5 - 9	12	25,00	10	13,51	11	18,64	10	14,71
10-14	2	4,17	7	9,46	5	8,47	5	7,35
15-19	1	2,08	5	6,76	1	1,69	5	7,35
20-39	2	4,17	14	18,92	3	5,08	16	23,53
40-45	-	-	3	4,05	3	5,08	2	2,94
46-50	1	2,08	-	-	-	-	2	2,94
51-60	1	2,08	6	8,11	-	-	1	1,47
61 e +	2	4,17	1	1,35	-	-	1	1,47
TOTAL	48	100,00	74	100,00	59	100,00	68	100,00

TABELA 3 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM-PA JARDIM S. JORGE, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

BAIRROS	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
Jd. S. Jorge	84	68,85	87	68,50
Jd. Arpoador	21	17,21	19	14,96
Jd. Cambaça	9	7,38	3	2,36
Jd. João XXIII	8	6,56	18	14,17
TOTAL	122	100,00	127	100,00

TABELA 4 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO TEMPO DE RESIDÊNCIA NA REGIÃO DA CLIENTELA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM E PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

TEMPO DE RESIDÊNCIA (em anos)	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
0 I -- 1	11	9,02	14	11,02
1 I -- 2	15	12,29	16	12,60
2 I -- 5	20	16,39	23	18,11
5 I -- 10	37	30,33	32	25,20
10 e mais	39	31,97	42	33,07
TOTAL	122	100,00	127	100,00

TABELA 5 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

REDA FAMILIAR PER CAPITA/MES*	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
< 0,25	23	18,85	18	14,17
0,26 - 0,50	50	40,98	37	29,13
0,51 - 0,75	16	13,11	27	21,26
0,76 - 1,00	20	16,39	14	11,02
1,01 - 1,25	6	4,92	8	6,30
1,26 - 1,50	4	3,28	6	4,72
1,51 - 1,75	1	0,82	3	2,36
1,76 - 2,00	-	-	4	3,15
2,01 - 2,50	-	-	3	2,36
> 2,51	2	1,64	7	5,51
TOTAL	122	100,00	127	100,00

* Em salário mínimo da época

Comparação das médias de renda familiar "per capita"

PA

PAM

média = 0,8061 s.m.

média = 0,5615 s.m.

desvio padrão = 0,779359 s.m.

desvio padrão=0,449667s.m.

valor de t = 3,04798

> diferença significativa

t crítico= 1,96

graus de liberdade = 204,303

TABELA 6 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO CATEGORIAS OCUPACIONAIS E AREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERIODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

CATEGORIAS OCUPACIONAIS*	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
1	47	38,52	58	45,67
2	60	49,18	48	37,79
3	5	4,10	4	3,15
4	8	6,56	12	9,45
5	2	1,64	5	3,94
TOTAL	122	100,00	127	100,00

32,33

* segundo Gouveia

TABELA 7 NÚMERO O PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO
ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA E ÁREA DE
ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE-SP, NO
PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

ESCOLARIDADE DO CHEFE	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
1. analfabeto	12	9,84	18	14,17
2. prim. incompleto	61	50,00	45	35,43
3. prim. completo*	36	29,51	47	37,01
4. ginasial*	8	6,56	14	11,02
5. colegial*	3	2,46	2	1,57
6. superior*	2	1,64	1	0,79
TOTAL	122	100,00	127	100,00

* englobam os respectivos graus completos e incompletos

TABELA 8 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO CATEGORIA DE ESTRATO SOCIAL E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

CATEGORIAS DE ESTRATOS SOCIAIS	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
I	64	52,47	57	44,88
II	45	36,87	44	34,65
III	9	7,38	17	13,39
IV	3	2,46	7	5,51
V	1	0,82	2	1,57
TOTAL	122	100,00	127	100,00

χ^2
 $\chi^2 = 6,414 \rightarrow$ não significante

χ^2
 $\chi^2 = 9,488$
 critico

TABELA 9 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM -PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

TEM INPS	PAM		PA	
	no.	%	no.	%
SIM	86	70,49	90	70,87
NAO	33	27,05	32	25,20
OUTRO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO	3	2,46	5	3,94
TOTAL	122	100,00	127	100,00

b) motivo de procura ao serviço

O principal motivo de procura ao serviço apresentado pela clientela do PAM e do PA refere-se a queixas por doenças. Estas estão relacionadas predominantemente a problemas dos aparelhos digestivo e respiratório e a problemas gerais e inespecíficos. Essas três principais queixas representam 59,82% dos motivos de procura ao PAM e 80,31% ao PA (Tabela 10). (*)

Os motivos de procura ao PAM apresentam maior diversidade, englobando "sistemas anatómicos" que não aparecem no PA, tais como: endócrino, metabólico e nutricional, aparelho genital masculino e feminino e problemas sociais¹⁷. As queixas referentes a esses sistemas anatómicos são apresentadas predominantemente pela clientela de menores de cinco anos e maiores de 50 anos.

Quanto à distribuição da queixa pelos componentes em cada sistema anatómico, observou-se que, enquanto no PA há uma concentração em "sintomas e queixas", no PAM há uma maior variabilidade, envolvendo outros procedimentos. Entre esses destacam-se "procedimentos de diagnóstico", que se apresentam com maior frequência no PAM porque este conta com um serviço

* Tendo em vista o elevado percentual de motivos de procura do serviço por queixas referentes a doenças, utilizar-se-á a partir deste momento o termo queixa como correspondente ao motivo de procura.

de apoio laboratorial, enquanto o PA não dispõe desse recurso.

Ao se analisar o tempo de duração da queixa da clientela observa-se que este é bastante pequeno no PA, sendo que 55,90% da clientela refere aparecimento em menos de um dia e 88,97% em menos de uma semana, enquanto no PAM as queixas com aparecimento de menos de um dia são de apenas 14,75% e em menos de uma semana de 56,55% (Tabela 11). Fato esse de se esperar, pelas características de cada área de atendimento.

Ao se analisarem as queixas referidas em cada grupo de sistema anatómico verifica-se em ambos os serviços, verifica-se que a febre é o motivo mais freqüente dentre os problemas gerais e inespecíficos, a diarreia e o vômito são os mais freqüentes dentre os problemas do aparelho digestivo e a tosse, a falta de ar e dor de garganta dentre os problemas do aparelho respiratório. A única diferença observada entre os serviços é quanto ao tempo de duração dessas queixas que são, em sua grande maioria, de aparecimento mais agudo na clientela do PA do que do PAM.

A maioria dos clientes que apresentou queixas relacionadas ao aparelho respiratório era constituída de crianças de um a quatro anos.

Tendo em vista o método amostral utilizado para o PAM, dois terços da clientela estava agendada para atendimento de rotina, conforme cronograma

estabelecido. Esses estariam vindo à unidade para supervisão de saúde da qual a atividade de controle de crescimento e desenvolvimento e a detecção precoce de patologias são partes integrante⁷⁸; seria, portanto, esperado uma baixa frequência de queixas no PAM; no entanto, 75,96% da clientela agendada nesse serviço referiam problemas de saúde.

Essa alta frequência de queixas poderia estar retratando uma alta prevalência de problemas de saúde de pequena gravidade e evolução mais longa, cuja solução poderia ser postergada, na visão da clientela, até o momento da consulta médica agendada. No entanto, a situação encontrada poderia também estar refletindo a maior valorização, pela clientela, do caráter curativo da consulta médica, resultando numa maior identificação de patologias como o motivo principal para o atendimento médico, mesmo quando este se trata de um atendimento programado e previamente agendado.

Houve apenas seis clientes no PAM que não referiram qualquer problema de saúde, o que representou apenas 5% da amostra.

As queixas mais frequentes encontradas nas clientelas do PAM-PA Jardim São Jorge são bastante semelhantes àsquelas encontradas na clientela de outros serviços básicos de saúde na zona urbana^{8,35,77}.

Considerando a clientela materno-infantil desses serviços, com grande predominância da população

de crianças abaixo de 10 anos de idade, bem como baseado na incidência e prevalência das morbidades e das causas de mortalidade dessa faixa etária, verifica-se que os motivos ou queixas de procura refletem os problemas mais freqüentes dessa população, praticamente sem distinção entre ambos os serviços.

Quanto ao diagnóstico, o mais freqüente é o de doenças do aparelho respiratório, que aparece em 45,67% no PA e 26,23% no PAM e a seguir as doenças infecciosas e parasitárias, com 20,67% no PA e 23,77% no PAM, como mostra a Tabela 12. Há, portanto, um predomínio das doenças respiratórias no PA, enquanto se observa uma distribuição semelhante entre as doenças respiratórias e as infecciosas e parasitárias no PAM. Ao se analisarem os diagnósticos em relação à renda familiar "per capita" (Tabelas 13 e 14) observa-se que, no PA, as doenças do aparelho respiratório são as mais freqüentes em qualquer faixa de renda, enquanto no PAM se nota maior freqüência de doenças infecciosas e parasitárias nas faixas até 0,5 SM familiar "per capita"; acima desse nível predominam as doenças do aparelho respiratório.

Considerando as diferenças encontradas na renda familiar "per capita" na clientela de ambos os serviços, os diagnósticos efetuados sugerem que as condições do meio ambiente ligadas ao saneamento básico são mais precárias na clientela usuária do PAM do que na do PA.

A Tabela 14 mostra que dentre as outras queixas a clientela do PA apresenta com maior frequência problemas de causas externas (lesões e envenenamento), doenças do aparelho circulatório e uma pequena frequência de problemas relacionados à nutrição e ao metabolismo.

Ao se analisar o diagnóstico efetuado em relação à queixa ou ao motivo de procura ao serviço apresentado pela clientela, observa-se que em ambos os serviços, a maioria das queixas por problemas gerais e inespecíficos tiveram diagnóstico médico de doenças do aparelho respiratório, enquanto as queixas do aparelho digestivo tiveram diagnóstico médico de doenças infecciosas e parasitárias (Tabelas 15 e 16).

De maneira geral, a maioria das queixas apresentadas pela clientela do PA corresponderam aos grupos diagnósticos; no entanto, o mesmo grau de coerência não é observado em relação ao PAM. A maior dispersão dos grupos diagnósticos em relação às queixas apresentadas no PAM talvez seja devida ao fato de a maioria delas estar agendada para atividades de rotina programada e, portanto, sem necessariamente apresentar um problema de saúde. Nessa situação, a queixa é por vez vaga ou de longa duração, o que nem sempre é valorizado pelo profissional médico e por vezes tampouco pela clientela. No entanto, ⁷⁸ pode-se verificar que, como constatado por TANAKA e ³¹ GONÇALVES, o diagnóstico é em geral baseado na queixa apresentada pelo cliente e, uma vez que esta é mais aguda

no PA, essa relação é mais evidente nesse serviço.

Quanto aos outros grupos diagnósticos, verifica-se que as principais diferenças encontradas no PAM em relação ao PA se referem a doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e a transtornos imunitários, cujo diagnóstico principal encontrado foi o de desnutrição calórico-proteica e a doenças do sangue e órgãos hemotopoiéticos, cujo diagnóstico principal encontrado foi a anemia carencial. Quanto aos clientes que entram em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução e ao desenvolvimento, tiveram como diagnóstico principal a eutrofia.

O PAM apresenta, devido às suas características de trabalho, maior preocupação com os diagnósticos relacionados a processo carenciais, que são identificados durante as atividades de acompanhamento rotineiro da clientela. A baixa frequência desses diagnósticos no PA refletem a maior preocupação desse serviço em diagnosticar a causa aguda, não realçando o diagnóstico de causa básica ou associada que, pelas características semelhantes da clientela, estariam também presentes no PA.

As condutas prescritas à clientela foram obtidas por meio de verificação no prontuário do cliente e constam da Tabela 17. Pode-se observar que 92,62% da clientela do PAM e 81,10% da clientela do PA apresentam

prescrições medicamentosas, o que mostra um alto grau de "medicalização" ^{31,34} do atendimento médico oferecido por ambos serviços.

Seria esperada uma frequência menor de prescrição medicamentosa no PAM do que no PA, considerando-se que o PAM desenvolveria ações programáticas de assistência médico-sanitária de caráter preventivo e atende preferentemente a uma clientela agendada para o controle de saúde. No entanto, a diferença apresentada na Tabela 17 é estatisticamente significativa.

Ao se excluir a medicação programada, referente a polivitamínicos no primeiro ano de vida, que correspondeu a 10% dos clientes atendidos no PAM que tiveram prescrição medicamentosa, a diferença estatisticamente significativa deixa de existir.

Mesmo nessa situação o percentual de medicalização observado em ambos os serviços mantém-se elevado, acima de 80%.

Quando se analisam as queixas, os diagnósticos e as prescrições do ponto de vista quantitativo, pode-se supor que há uma certa identidade de propósitos de ambos os serviços.

Quanto à utilização dos serviços oferecidos pela unidade de saúde analisada, observa-se pela Tabela 18 que 69,68% da clientela do PAM utilizou, nos últimos 12 meses, exclusivamente seus serviços.

No caso da clientela do PA, 73,23%

utilizaram esses serviços, sendo que 34% o fez de forma exclusiva. Portanto, a clientela do PAM utiliza com maior freqüência de forma exclusiva esses serviços, mostrando sua vinculação ao mesmo. No entanto, apenas uma pequena porcentagem da clientela do PA os utiliza com caráter preferencial, pois a maioria se utiliza também dos serviços oferecidos pelo PAM.

ELA 10 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO TIPO DE QUEIXA OU MOTIVO E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM S. JORGE-SP NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

MOTIVOS OU QUEIXAS	PAM		PA	
	No.	%	No.	%
BLENAS GERAIS E INESPECÍFICAS	19	15,57	21	16,53
Sintomas e Queixas	15		18	
Procedimentos Diagnósticos e preventivos	2		3	
Medicação, Tratamento e Procedim. Terap.	1		-	
Diagnósticos e Doenças	1		-	
GUE, ÓRGÃOS LINFÁTICOS FORMADORES DO SANGUE	1	0,82	-	-
Medicação, Tratamento e Procedim. Terap.	1		-	
RELHO DIGESTIVO	31	25,40	42	33,07
Sintomas e Queixas	17		40	
Procedimentos Diagnósticos e Preventivos	4		-	
Encaminhamentos e outras razões	1		-	
Diagnósticos e Doenças	9		2	
DO	3	2,46	2	1,57
Sintomas e Queixas	3		2	
IDO	5	4,10	4	3,15
Sintomas e Queixas	5		3	
Diagnósticos e Doenças	-		1	
RELHO CIRCULATORIO	2	1,64	4	3,15
Sintomas e Queixas	2		3	
Encaminhamentos e outras razões	-		1	
TEMA MUSCULO ESQUELETICO	6	4,92	4	3,15
Sintomas e Queixas	6		4	
TEMA NERVOSO	2	1,64	2	1,57
Sintomas e Queixas	1		2	
Procedimentos Diagnósticos e Preventivos	1		-	
RELHO RESPIRATORIO	23	18,85	39	30,71
Sintomas e Queixas	17		16	
Diagnósticos e Doenças	6		23	
E	8	6,56	6	4,72
Sintomas e Queixas	8		6	
OCRINAS, METABOLICO E NUTRICIONAL	1	0,82	-	-
Sintomas e Queixas	1		-	
RELHO URINARIO	2	1,64	1	0,75
Sintomas e Queixas	2		1	
VIDEZ, PARTO, PLANEJAMENTO FAMILIAR	12	9,84	2	1,57
Sintomas e Queixas	9		1	
Procedimentos Diagnósticos e Preventivos	3		-	
Diagnósticos e Doenças	-		1	
RELHO GENITAL MASCULINO	1	0,82	-	-
Sintomas e Queixas	1		-	
RELHO GENITAL FEMININO	4	3,28	-	-
Sintomas e Queixas	2		-	
Procedimentos Diagnósticos e Preventivos	2		-	
BLENAS SOCIAIS	2	1,64	-	-
Encaminhamentos e outras razões	2		-	
TOTAL	122	100,00	127	100,00

TABELA 11 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO TEMPO DE QUEIXA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

TEMPO	PAM		PA	
	No.	%	No.	%
0 1-- 1 dias	18	14,75	71	55,90
1 1-- 7 dias	51	41,80	42	33,07
7 1-- 30 dias	17	13,93	5	3,94
1 1-- 6 meses	20	16,39	5	3,94
6 meses e mais	8	6,56	4	3,15
sem queixas	6	4,92	-	-
não sabe	2	1,64	-	-
TOTAL	122	100,00	127	100,00

ELA 12 NÚMERO E PORCENTAGEM POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID) E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM
S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID)*	PAM		PA	
	No.	%	No.	%
- Doenças Infeciosas e Parasitárias	29	23,77	26	20,47
- Doenças da Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	13	10,65	1	0,79
- Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoéticos	11	9,02	-	-
- Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos do Sentido	7	5,74	5	3,94
- Doenças do Aparelho Circulatório	6	4,92	6	4,72
I- Doenças do Aparelho Respiratório	32	26,23	58	45,67
- Doenças do Aparelho Digestivo	-	-	5	3,94
- Doenças do Aparelho Genito-Urinário	5	4,10	5	3,94
- Compl. da Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	1	0,79
- Doenças da Pele do Tecido Celular Subcutâneo	1	0,82	3	2,36
I- Sistema Osteomuscular, Tecido Conjuntivo	1	0,82	3	2,36
- Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	-	-	1	0,79
- Sintomas, Sinais e Estados mal definidos	3	2,46	4	3,14
II- Lesões e Envenenamentos	-	-	6	4,72
Classificação suplementar código V-Indivíduos que entraram em contato com serviços de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução e ao desenvolvimento	9	7,38	1	0,79
Diagnóstico	5	4,10	2	1,58
TAL	122	100,00	127	100,00

TABELA 13 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO GRUPOS DIAGNÓSTICOS E CLASSES DE RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" APRESENTADO NO PAM JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID)*	< 0,50		RENTA 0,51-1,00		> 1,01	
	No.	%	No.	%	No.	%
I - Doenças Infecciosas e Parasitárias	20	27,40	7	19,45	2	15,38
III - Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	9	12,32	1	2,78	3	23,08
IV - Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	7	9,59	4	11,11	-	-
VI - Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos do Sentido	4	5,48	3	8,33	-	-
VII - Doenças do Aparelho Respiratório	18	24,66	12	33,33	2	15,38
XVI - Sintomas, Sinais e Estados mal Definidos	4	5,48	2	5,56	2	15,38
Classificação suplementar Código V - Indivíduos que procuram serviço de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução e ao desenvolvimento	4	5,48	3	8,33	2	15,38
Todos os demais grupos de causas	7	9,59	4	11,11	2	15,38
TOTAL	73	100,00	36	100,00	13	99,99

TABELA 14 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID) E CLASSES DE RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" APRESENTADO NO PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS*	RENDA					
	< 0,50		0,51-1,00		> 1,01	
	No.	%	No.	%	No.	%
I Doenças Infecciosas e Parasitárias	15	27,27	7	17,07	4	12,90
III D. Glândulas End. da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	1	1,82	-	-	-	-
VII Doenças do Aparelho Circulatório	1	1,82	4	9,76	1	3,23
VI Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos do Sentido	3	5,45	1	2,44	1	3,23
VIII Doenças do Aparelho Respiratório	24	43,64	19	46,34	15	48,38
XVI Sintomas, Sinais e Estados mal definidos	2	3,64	3	7,32	1	3,23
XVII Lesões e envenenamentos	3	5,45	2	4,88	1	3,23
Todas as demais causas	6	10,91	5	12,19	8	25,80
TOTAL	55	100,00	41	100,00	31	100,00

48

* CID - 9a. revisão

TABELA 15 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO GRUPOS DE DIAGNOSTICOS (CID) E GRUPOS DE QUEIXAS APRESENTADO NO PAM JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

GRUPO DIAGNOSTICO (CID)*	Probl.Ger		Sang Org		D.Ap.Dig.		OLHO		OUVIDO		Ap.Circ.		S.Musc.		Sist.Nerv.		Ap.Resp.		Pele		End.Met.Nut.		Ap.Urin.		Grav,Parto		Ap.Gen		Ap.Gen.		Probl.	
	Inespecif		Linfat										Esquelet.												Plan. Fam.		Masc.		Fem.		Sociais	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I D Infec e Parasit	4	21,05	-	-	16	51,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8,69	3	37,50	1	100,0	-	-	-	-	-	-	3	75,00	-	-
III D Gland End Nutr Tran Im	1	5,26	-	-	5	16,13	-	-	1	20,00	-	-	-	-	-	-	1	4,35	2	25,00	-	-	-	-	1	8,33	-	-	-	-	2	100,0
IV D Sangue Org Hemat	1	5,26	1	100,0	5	16,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	13,04	1	12,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI D Sist Nerv Org Sent	1	5,26	-	-	2	6,45	1	33,33	2	40,00	-	-	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII D Apar Circulat	2	10,53	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,00	1	20,00	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII D Apar Respirat	9	47,37	-	-	1	3,22	2	66,67	1	20,00	-	-	1	20,00	-	-	16	69,56	1	12,50	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-
X D Ap Genito-Urinario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	16,67	-	-	-	-	-	-
XII D Pele Tec Cel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIII Sist Osteo Tec Conj	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI Sint Sinais Est Mal Def	-	-	-	-	2	6,45	-	-	1	20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Classificacao SuplCodigo V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	66,67	-	-	-	-	-	-
Indiv que entram em contato com serv de saude em circunst relac a Reprod e ao Desen volvimento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem Diagnosticos	1	5,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,35	-	-	-	-	-	-	1	8,33	-	-	1	25,00	-	-
TOTAL	19	100,0	1	100,0	31	100,0	3	100,0	5	100,0	2	100,0	5	100,0	2	100,0	23	100,0	8	100,0	1	100,0	2	100,0	12	100,0	1	100,0	4	100,0	2	100,0

TABELA 16 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID) E GRUPO DE QUEIXAS APRESENTADAS NO PA JARDIM S. JORGE - SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

GRUPOS DIAGNOSTICOS (CID)*	GRUPOS DE QUEIXAS																					
	Probl Ger		D. Ap.		OLHO		OUVIDO		Ap Circ		Sist Musc		Sist Nerv		Ap Respir		Pele		Ap Urin		Grav,Parto	
	Inespecif		Digestivo																	Plan	Fam	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I - D. Inf. Parasitárias	2	9,52	21**50,00		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,56	2	33,33	-	-	-	-
III- D. Gl End Nutr Tran Im	-	-	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI - D. Sist. Nervoso	-	-	-	-	1	50,00	3	75,00	-	-	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	-	-
VII- D. Ap. Circulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	1	50,00	1	2,56	-	-	-	-	-	-
VIII-D. Ap. Respiratório	11	52,38	11	26,20	-	-	1	25,00	-	-	-	-	-	-	35	89,74	-	-	-	-	-	-
IX - D. Ap. Digestivo	3	14,28	2	4,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X - D. Ap. Gêrito-Urinário	1	4,76	2	4,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,00	1	50,00
XI - Grav., Parto, Puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,00
XII- D. Pele Tec Cel SubCutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,56	2	33,33	-	-	-	-
XIII-D. Osteo. Tec. Conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,00	-	-	-	-	1	16,67	-	-	-	-
XV - Afec. Período Perinatal	-	-	1	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI- Sint. Est. Mal Definidos	1	4,76	3	7,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII-Causas Externas	3	14,28	-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,00	-	-	-	-	1	16,67	-	-	-	-
Clas. Supl. Código V	-	-	1	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem Diagnóstico	-	-	1	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,56	-	-	-	-	-	-
TOTAL	21	100,00	42	100,00	2	100,00	4	100,00	4	100,00	4	100,00	2	100,00	39	100,00	6	10,00	1	100,00	2	100,00

48

* CID - 9a. revisão

** 17 casos de queixa do aparelho digestivo são de diarreia

TABELA 17 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO
MEDICAÇÃO PRESCRITA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO
PAM-PA JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO
DE 1985 A MARÇO DE 1986.

PRESCRIÇÃO MÉDICA*	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	113	92,62	103	81,10	216	86,75
NAO	9	7,38	24	18,90	33	13,25
TOTAL	122	100,00	127	100,00	249	100,00

* engloba prescrição de remédios, curativos, inalações

$$\chi^2 = 6,22$$

$$\chi^2_{\text{crítico}} = 3,841 \quad p < 0,05$$

TABELA 18 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO TIPO DE SERVIÇOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA DO JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

SERVIÇOS UTILIZADOS	PAM		PA	
	No.	%	No.	%
Pronto Atendimento	13	10,66	32	25,20
Pronto Atend/outras serv.(1)3	3	2,46	61	48,03(2)
SUB-TOTAL	16	13,12	93	73,23
Clinica pediátrica e outras serviços(3)	56	45,90	8	6,29
Clinica Médica e outras serviços(3)	12	9,84	-	-
Clinica pré-natal e outras serviços(3)	6	4,92	-	-
Clinica Pediátrica	5	4,10	4	3,15
Clinica Médica	5	4,10	4	3,15
Clinica Pré-natal	1	0,82	2	1,57
SUB-TOTAL	85	69,68	18	14,16(2)
Outros(1)	2	1,64	4	3,15
Não utilizou	19	15,60	12	9,45
TOTAL	122	100,00	127	100,00

- 1 - outras atividades do PAM-PA, exceto consulta médica
 2 - $48,03 + 14,16 = 62,19\%$ - correspondente à clientela do PA que utiliza serviços do PAM
 3 - engloba outros serviços de assistência médica do PAM

c) Grau de resolatividade

Ao se analisar o grau de resolatividade a primeira preocupação foi verificar a evolução da queixa, segundo a opinião da clientela de ambos os serviços. Os dados constantes na Tabela 19 mostram que 70,49% da clientela do PAM e 81,89% do PA referem melhora. A diferença encontrada entre ambos serviços, quando submetida ao teste de χ^2 , evidencia ser ela estatisticamente significativa, sugerindo portanto ser o PA mais adequado às expectativas de sua clientela.

Considerando a importância dessa informação, a resolatividade foi analisada em função das seguintes variáveis:

- fatores de melhora e não-melhora do motivo de procura, visando identificar as causas atribuídas pela própria clientela de ambos serviços;

- faixas de renda familiar "per capita" da clientela, por ter sido a única variável sócio-econômica que possibilitou certa discriminação entre ambas clientelas;

- grupo de queixas apresentadas, tendo em vista as diferentes magnitudes destas e a dispersão do diagnóstico médico apresentado dentro de cada "sistema anatómico" de queixas;

- utilização de outros serviços antes ou após a consulta médica no PAM-PA, considerando as

diferentes características desses;

- satisfação da clientela no atendimento recebido da equipe de saúde, visando analisar a possível relação entre a resolutividade e a satisfação apresentada.

Baseado nas variações acima, observa-se na Tabela 20 que o fator principal referido pela clientela como responsável pela melhoria do motivo de procura, foi a medicação (o remédio) recebida ou aplicada no PAM-PA, sendo estas respectivamente de 89,54% no PAM e 85,57% no PA. Esses dados mostram que a clientela de ambos os serviços valoriza sobremaneira a terapêutica medicamentosa.

Isto é compreensível no PA, pois sendo um serviço organizado para o atendimento médico de urgência e com poucos recursos tecnológicos, tenderá a utilizar o medicamento como instrumento de intervenção, o que é compreendido e aceito tanto pelo profissional médico como pela clientela.

No entanto, essa situação torna-se contraditória no PAM uma vez que é um serviço baseado na programação médico-sanitária, direcionada teoricamente, para o controle de saúde.

Essa situação do PAM poderia decorrer da ação médica, que tende a priorizar o diagnóstico de processos patológicos e a consequente prescrição medicamentosa, ou pode estar apenas refletindo uma alta prevalência de morbidade dessa clientela que procura a

unidade para resolução de seus problemas, independentemente das ações programadas.

Quanto aos fatores referidos como de não-melhoria do motivo de procura de ambos os serviços, verifica-se pela Tabela 21 que o fator preponderante também é o medicamento (o remédio), mas com magnitude bem menor do que nos casos de melhora, sendo de 44,45% no PAM e 34,79% no PA.

A atuação do médico aparece no PA como segundo fator de não-melhoria em proporção de 30,43%, muito próximo, portanto, do primeiro fator. Essa situação poderia decorrer da maior expectativa que a clientela do PA tem de que o médico, poderia resolver a queixa aguda.

A identificação pela clientela do medicamento como fator principal tanto da melhora como da não-melhoria poderia sugerir que a ação "mágica" da assistência médica está paulatinamente sendo transferida do médico para o medicamento, resultando na valorização deste nos casos de melhora e na maior atribuição dos fracassos à figura do médico que "não acertou o remédio".

Em relação à renda familiar "per capita" apresentada por ambas as clientelas, observa-se pelas Tabelas 22 e 23 que, tanto no PAM como no PA, a maioria das faixas de renda apresentam maior grau de resolutividade. Esse percentual é sempre maior no PA do que no PAM, sendo essa diferença ligeiramente maior nas faixas de renda mais baixas. A única exceção a essa tendência foi observada nas

faixas de 2,01 a 2,50 SM, onde se observa maior proporção de não-melhoria do motivo de procura; no entanto, devido ao pequeno número de clientes nessa faixa, não é possível inferir uma conclusão específica para essa faixa de renda familiar "per capita". Portanto, não é possível identificar diferenças quanto ao grau de resolutividade dos serviços segundo estratificação da clientela por faixas de renda familiar "per capita", principalmente devido ao escasso número de clientes de faixas mais elevadas que por hipótese seria a parcela mais exigente e, por conseguinte, poderiam apresentar maior rigor na resolução da queixa ou do motivo de procura.

Ao se analisar a melhoria da queixa em relação à classificação desta (CIAP)¹⁷ verifica-se, pela Tabela 24, que dos 11 grupos referidos como queixas no PA, 10 apresentam resolutividade maior que 71,43% e apenas um apresenta resolutividade de 50,00%.

Na Tabela 25 observa-se que dos 16 grupos referidos como queixas no PAM, 12 apresentam resolutividade acima de 58,33% e quatro apresentam 50,00% ou menos.

Dentre os sistemas anatómicos que apresentam maior resolutividade foram destacados aqueles de maior frequência em ambos serviços, quais sejam: problemas gerais e inespecíficos, aparelho digestivo e respiratório. Verifica-se que a maior resolutividade foi alcançada naqueles clientes dentro desses grupos de

queixas, que receberam respectivamente o diagnóstico médico de doenças respiratórias, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças respiratórias. Portanto, verifica-se a maior resolatividade naqueles casos em que ambos os serviços estariam mais capacitados a resolver por se tratar, aparentemente, em sua grande maioria, de queixas por patologias agudas de pequena gravidade.

Verifica-se que na maioria dos sistemas anatômicos o percentual de melhoria foi maior no PA do que no PAM. Essa situação poderia ser devida a que o PA, por sua origem e forma de organização, seria mais eficiente para a resolução de casos agudos ou mesmo pode ser devida a diferenças no tipo de queixas apresentadas por ambas as clientela que, embora classificadas no mesmo sistema anatômico, podem apresentar gravidade e tipo de evolução distintas.

Ao se analisarem os grupos que apresentam os menores percentuais de melhoria verifica-se, no PAM, pela Tabela 25, que esses se referem a sistemas anatômicos específicos, quais sejam: olho, sistema músculo-esquelético, sistema nervoso e aparelho genital feminino. Como já analisado na Tabela 15, esses grupos apresentam pequena concordância entre as queixas apresentadas pela clientela e os diagnósticos médicos, havendo, portanto, em vários clientes, uma prescrição medicamentosa baseada em um diagnóstico médico teoricamente distinto da queixa ou do motivo de procura

do serviço apresentado pela clientela. Além disso verifica-se que a maioria dessas queixas eram bastante vagas e de longa duração o que exigiria uma adequada exploração diagnóstica para a resolução da queixa e que provavelmente não poderia ser resolvida apenas com medicação sintomática.

Essa situação provavelmente contribuiu para o baixo percentual de melhoria das queixas desses sistemas anatómicos.

Ao se analisarem especificamente as queixas referentes a gravidez, parto e planejamento familiar na clientela do PAM, verifica-se que essas apresentam um percentual baixo de melhoria, correspondente a 58,33%. A maioria dessas queixas se refere a problemas intercorrentes obstétricos ou ginecológicos, que deveriam ter sido solucionados em nível desses serviços, pois são ações previstas no Programa de Saúde Materna e da Mulher implantados no PAM e para o qual deveria haver os recursos necessários.

Na Tabela 24 verifica-se que na clientela do PA apenas o sistema músculo-esquelético apresenta o percentual de melhoria da queixa de 50,00%. Dos quatro clientes classificados nesse sistema anatómico, dois apresentavam queixas referentes a lesões superficiais decorrentes de queda ou pancada, os quais foram resolvidos no próprio serviço; no entanto, os dois outros clientes apresentavam queixas de dores osteo-musculares não-

relacionadas a causas externas. Essas queixas não foram consideradas resolvidas pelos clientes. Essa situação parece mostrar que o PA não disporia de recursos de apoio diagnóstico e terapêutica para os problemas osteomusculares não-relacionados a traumas externos leves, seja para a resolução no serviço ou mesmo para o adequado encaminhamento dos mesmos.

Cabe realçar ainda que as diferenças de resolutividade da queixa ou outros motivo de procura apresentada pela clientela do PAM e do PA poderiam decorrer, em parte, do próprio desenho da pesquisa, que ao definir um intervalo de sete a 14 dias entre a aplicação do primeiro formulário na unidade e o segundo em domicílio excluiu as queixas de evolução mais longa, não havendo tempo hábil para ocorrer a melhora.

Tendo em vista as diferentes características de funcionamento de ambos os serviços, aos quais a clientela tende a se adaptar, foi estudada especificamente a resolutividade referida pelos clientes que utilizaram os serviços pela primeira vez. Nestes casos se observa nas Tabelas 26 e 27, que dos 18 clientes (14,75% da amostra) do PAM apenas seis, correspondentes a 33,33% daqueles, referem melhora da queixa enquanto no PA os oito clientes (6,30% da amostra) de primeira vez referem melhora da queixa, correspondendo a 100,00%. Observa-se que a evolução da queixa é bastante distinta para os clientes de primeira vez. Essa observação

permite sustentar a hipótese de que a resposta observada no PA seria decorrente de uma queixa relacionada a patologia aguda para a qual o PA, por seus objetivos, apresenta maior eficiência para o atendimento dessa demanda, enquanto o PAM, por estar voltado para ações médico-sanitárias programadas, não tem a mesma adequação.

Ao se analisar a resolutividade em relação ao usuário habitual de ambos os serviços, essa diferença se torna bem menor, o que estaria refletindo o processo de "aprendizagem" da clientela, que passaria a utilizar os serviços seletivamente, de acordo com a capacidade de resposta de cada um.

Para os clientes que informaram a não-melhoria da queixa indagou-se sobre a utilização de outros serviços para a resolução do motivo de procura. Observa-se na Tabela 28 que a clientela do PA procurou com maior frequência outros serviços relativamente ao PAM, 69,56% e 41,67%, respectivamente. Essa diferença é estatisticamente ² significativa pelo teste X.

Visando melhor conhecer essa diferença foram identificados os serviços procurados por ambas as clientelas. Observa-se pela Tabela 29 que os serviços mais procurados pela clientela do PAM foram o próprio PA Jd. S. Jorge e o Hospital das Clínicas, ambos com 26,67%. Essa maior procura por serviços públicos de saúde poderia estar refletindo a dificuldade de acesso dessa clientela a outros equipamentos de saúde. Cabe observar ainda que a

clientela não procura o PAM para o mesmo motivo e sim o PA, podendo sugerir que ela identifica esse serviço como essencialmente voltado à assistência médica curativa.

Quanto à clientela do PA, observa-se nessa mesma tabela que o serviço mais procurado foi a rede hospitalar privada contratada ou conveniada com a previdência social, e aparecendo a seguir a farmácia e o tratamento caseiro na proporção de 25,00% cada um. Essa maior procura pela rede hospitalar privada poderia estar indicando um acesso mais fácil desses clientes a esses recursos. Quanto à maior procura da farmácia na clientela do PA isso poderia estar refletindo a valorização do medicamento por essa clientela como o fator principal de melhoria, pois o principal motivo de procura a esse serviço refere-se a problemas de patologias agudas.

Apesar das dificuldades em se analisar a satisfação da clientela frente ao atendimento recebido, devido à multidimensionalidade dessa variável ⁴⁶, o presente trabalho optou por abordar a satisfação da clientela do ponto de vista do relacionamento desta com a instituição e não apenas à relação médico-paciente.

Observa-se pela Tabela 30 que 86,07% da clientela do PAM e 82,68% da clientela do PA se consideram satisfeitos com o atendimento recebido sendo, portanto, bastante semelhante em ambos. Os principais fatores de satisfação identificados pela clientela de ambos serviços estavam relacionados ao "bom trato" (sic), isto é,

decorrentes da relação interpessoal com todos os funcionários envolvidos no atendimento, caracterizado por "relações cordiais", com "paciência" por parte do funcionário e "sem agressões" verbais. Cabe lembrar, no entanto, que esses formulários foram preenchidos por funcionários da própria unidade o que poderia ter induzido às respostas afirmativas.

Assim, ganha maior relevância a análise das informações referentes à não satisfação com o atendimento. Nessa mesma tabela observa-se uma maior frequência de "não satisfeito" no PA do que no PAM, 14,17% e 8,20%, respectivamente. Essa diferença é estatisticamente significativa pelo teste do χ^2 . Os principais fatores de "não-satisfação" que foram informados em ambas as clientela foram a não-prescrição medicamentosa e a falta de "educação" dos funcionários. Isso sugere que, da mesma maneira que a resolutividade, a clientela de ambos os serviços valorizam o fator medicamento como um dos fatores principais de ambos os resultados. Outro fator importante de "não-satisfação" se refere à demora de atendimento no PAM, o qual não aparece no PA. Essa situação sugere que a clientela do PA, devido à sua necessidade de recuperar rapidamente a saúde, sujeita-se a uma relação interpessoal menos satisfatória, desde que seja pequeno o tempo dispendido, enquanto a clientela do PAM, por ser menos favorecida, se sujeita a dispendar mais tempo para conseguir um melhor

relacionamento interpessoal, o qual lhe facultaria mais fácil acesso às ações assistenciais desenvolvidas pelo PAM. Poderia também sugerir que, apesar de o serviço público não cobrar "honorários" de sua clientela, esta pagaria uma parcela de seu tempo para receber os diferentes tipos de serviços, sendo esta mais "onerosa" no PAM do que no PA.

Quanto à utilização de recursos de saúde pela clientela de ambos os serviços para o atendimento de suas necessidades, independente do motivo de procura atual, observa-se pela Tabela 31 que ambas as clientelas utilizam uma grande diversidade de serviços de saúde, com predominância dos serviços hospitalares, sejam públicos ou privados. Ao se considerar a utilização dos recursos hospitalares, de forma isolada ou associada, observa-se que representam 53,28% no PAM e 49,54% no PA. A distribuição apresentada sugere não haver nesses casos qualquer diferenciação no acesso a esses equipamentos de saúde. Quanto à utilização exclusiva do PAM-PA Jardim São Jorge, observa-se que esta é informada em 25,41% no PAM e em 35,43% no PA indicando que, apesar da proximidade geográfica desse serviço, este parece não se constituir no serviço utilizado com mais frequência por essa clientela, que utiliza predominantemente outros recursos de saúde, principalmente da rede hospitalar.

Essa Tabela retrata a chamada "cesta de serviços", que representa a forma habitual de que a

população, principalmente as de estrato social mais baixo, se socorre para ver atendida suas necessidades de saúde.

TABELA 19 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO INFORMAÇÕES SOBRE MELHORIA DO MOTIVO DE PROCURA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM-PA JARDIM SÃO JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

MELHORIA DO MOTIVO	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	86	70,49	104	81,89	190	76,31
NAO	36	29,51	23	18,11	59	23,69
TOTAL	122	100,00	127	100,00	249	100,00

$$\chi^2 = 7,613$$

$$p < 0,05$$

$$\chi^2_{crit} = 3,841$$

TABELA 20 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO JUSTIFICATIVA APRESENTADA PELA CLIENTELA PARA MELHORIA DO MOTIVO DE PROCURA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JARDIM SÃO JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

JUSTIFICATIVA DA MELHORIA	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Remédio	77	89,54	89	85,57	166	87,37
Dutros motivos	9	10,46	15	14,43	24	12,63
TOTAL	86	100,00	104	100,00	190	100,00

TABELA 21 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO FATORES REFERIDOS COMO DE NÃO MELHORIA E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM-PA JARDIM SÃO JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

FATORES DE NÃO MELHORIA	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Remédio não faz efeito	16	44,45	8	34,79	24	40,68
médico não acertou	7	19,44	7	30,43	14	23,73
Aguardando resultado de exames	7	19,44	-	-	7	11,86
Não tomou remédio	2	5,56	2	8,70	4	6,78
Não fez nada*	1	2,78	3	13,04	4	6,78
Outros**	3	8,33	3	13,04	6	10,17
TOTAL	36	100,00	23	100,00	59	100,00

* Não realizou as condutas prescritas

** engloba: não recebeu leite, ainda em tratamento, não seguiu parte das orientações.

TABELA 22 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO INFORMAÇÃO SOBRE RESOLUÇÃO DO MOTIVO DE PROCURA E RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" DO PAM JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" (SM)*	RESOLUÇÃO DO MOTIVO				TOTAL	
	No.	SIM %	No.	NÃO %	No.	%
< 0,25	19	22,09 (82,61)	4	11,11 (17,39)	23	18,85 (100,00)
0,26 - 0,50	34	39,53 (68,00)	16	44,44 (32,00)	50	40,98 (100,00)
0,51 - 0,75	12	13,95 (75,00)	4	11,11 (25,00)	16	13,12 (100,00)
0,76 - 1,00	13	15,11 (65,00)	7	19,44 (35,00)	20	16,39 (100,00)
1,01 - 1,25	4	4,65 (66,67)	2	5,55 (33,33)	6	4,92 (100,00)
1,26 - 1,50	2	2,32 (50,00)	2	5,55 (50,00)	4	3,28 (100,00)
> 1,51	2	2,32 (66,67)	1	2,77 (33,33)	3	2,46 (100,00)
TOTAL	86	100,00 (70,49)	36	100,00 (29,51)	122	100,00 (100,00)

* em salário mínimo da época.

TABELA 23 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO
INFORMAÇÃO SOBRE RESOLUÇÃO DO MOTIVO DE PROCURA
E RENDA FAMILIAR "PER CAPITA" DO PA JARDIM SÃO
JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO
DE 1986.

RENDA FAMILIAR "PER CAPITA"*	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 0,25	17	16,35 (94,44)	1	4,35 (5,56)	18	14,17 (100,00)
0,26 - 0,50	31	29,81 (83,78)	6	26,09 (16,22)	37	29,14 (100,00)
0,51 - 0,75	21	20,19 (77,77)	6	26,09 (22,23)	27	21,26 (100,00)
0,76 - 1,00	11	10,58 (78,57)	3	13,04 (21,43)	14	11,02 (100,00)
1,01 - 1,25	8	7,69 (100,00)	-	-	8	6,30 (100,00)
1,26 - 1,50	4	3,85 (66,67)	2	8,70 (33,32)	6	4,72 (100,00)
1,51 - 1,75	2	1,92 (66,67)	1	4,35 (33,32)	3	2,36 (100,00)
1,76 - 2,00	4	3,85 (100,00)	-	-	4	3,15 (100,00)
2,01 - 2,50	1	0,96 (33,32)	2	8,70 (66,67)	3	2,36 (100,00)
≥ 2,51	5	4,81 (71,43)	2	8,70 (28,57)	7	5,51 (100,00)
TOTAL	104	100,00 (77,88)	23	100,00 (22,12)	127	100,00

* em salário mínimo da época

TABELA 24 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO RESOLUTIVIDADE E GRUPOS DE QUEIXAS APRESENTADAS DO PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

QUEIXAS*	RESOLUTIVIDADE					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
A-Problemas gerais e inespecíficos	15	14,42 (71,43)	6	26,09 (28,57)	21	16,54 (100,00)
D-Aparelho digestivo	33	31,73 (78,57)	9	39,12 (21,43)	42	33,07 (100,00)
F-Olho	2	1,92 (100,00)	-	-	2	1,57 (100,00)
H-Duvido	4	3,85 (100,00)	-	-	4	3,15 (100,00)
K-Aparelho Circulatório	3	2,88 (75,00)	1	4,35 (25,00)	4	3,15 (100,00)
L-Sistema Musculo-esquelético	2	1,92 (50,00)	2	8,70 (50,00)	4	3,15 (100,00)
N-Nervoso	2	1,92 (100,00)	-	-	2	1,57 (100,00)
R-Aparelho respiratório	35	33,65 (89,74)	4	17,39 (10,26)	39	30,71 (100,00)
S-Pele	5	4,81 (83,33)	1	4,35 (16,67)	6	4,73 (100,00)
U-Aparelho Urinário	1	0,96 (100,00)	-	-	1	0,79 (100,00)
W-Gravidez, parto planej familiar	2	1,92 (100,00)	-	-	2	1,57 (100,00)
TOTAL	104	100,00 (81,89)	23	100,00 (18,11)	127	100,00 (100,00)

17

* CIAP

TABELA 25 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO RESOLUTIVIDADE E GRUPO DE QUEIXAS APRESENTADAS NO
PAM JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

QUEIXA*	SIM		RESOLUTIVIDADE NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
A Problemas gerais e inespecíficos	13	15,12 (68,42)	6	16,67 (31,58)	19	15,57 (100,00)
B Sangue, órgãos linfáticos formadores do sangue	1	1,16 (100,00)	-	-	1	0,82 (100,00)
D Aparelho digestivo	23	26,74 (74,19)	8	22,22 (25,81)	31	25,41 (100,00)
F Olho	1	1,16 (33,33)	2	5,55 (66,67)	3	12,46 (100,00)
H Ouvido	5	5,81 (100,00)	-	-	5	4,10 (100,00)
K Aparelho circulatório	2	2,32 (100,00)	-	-	2	1,64 (100,00)
L Sistema músculo esquelético	3	3,49 (50,00)	3	8,33 (50,00)	6	4,92 (100,00)
N Sistema nervoso	1	1,16 (50,00)	1	2,78 (50,00)	2	1,64 (100,00)
R Aparelho respiratório	17	19,77 (73,91)	6	16,67 (26,09)	23	18,85 (100,00)
S Pele	5	5,81 (62,50)	3	8,33 (37,50)	8	6,56 (100,00)
T Endócrino metabólico nutricional	1	1,16 (100,00)	-	-	1	0,82 (100,00)
U Aparelho urinário	2	2,32 (100,00)	-	-	2	1,64 (100,00)
W Gravidez, parto, planejamento familiar	7	8,14 (58,33)	5	13,89 (41,67)	12	9,84 (100,00)
Y Aparelho genital masculino	1	1,16 (100,00)	-	-	1	0,82 (100,00)
X Aparelho genital feminino	2	2,32 (50,00)	2	5,55 (50,00)	4	3,27 (100,00)
Y Problemas Sociais	2	2,32 (100,00)	-	-	2	1,64 (100,00)
TOTAL	86	100,00 (70,49)	36	100,00 (29,51)	122	100,00

TABELA 26 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO INFORMAÇÕES SOBRE MELHORIA DO MOTIVO DE PROCURA E TEMPO DE UTILIZAÇÃO POR ÚLTIMA VEZ DO PAM JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

TEMPO DE USO - ÚLTIMA VEZ	No.	SIM		MELHORIA DA QUEIXA NÃO		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%
1a. vez	6	6,98 (33,33)		12	33,33 (66,67)	18	14,75 (100,00)
0 1-- 7 dias	9	10,46 (81,82)		2	5,56 (18,18)	11	9,02 (100,00)
7 1-- 30 dias	13	15,12 (68,42)		6	16,67 (31,58)	19	15,57 (100,00)
1 1-- 3 meses	31	36,05 (83,78)		6	16,67 (16,22)	37	30,33 (100,00)
3 1-- 6 meses	12	13,95 (63,16)		7	19,44 (36,84)	19	15,57 (100,00)
6 meses e +	13	15,12 (81,25)		3	8,33 (18,75)	16	13,11 (100,00)
não sabe	2	2,32 (100,00)		-	-	2	1,65 (100,00)
TOTAL	86	100,00 (70,49)		36	100,00 (29,51)	122	100,00 (100,00)

TABELA 27 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO INFORMAÇÕES SOBRE MELHORIA DO MOTIVO DE PROCURA E TEMPO DE UTILIZAÇÃO POR ÚLTIMA VEZ DO PA - JD. SÃO JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

TEMPO QUE USOU P/ ÚLTIMA VEZ	No.	SIM		RESOLVEU QUEIXA NÃO		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%
1a. vez	8		7,69 (100,00)	-	-	8	6,30 (100,00)
0 1-- 7 dias	11		10,58 (84,62)	2	8,70 (15,38)	13	10,24 (100,00)
7 1- 30 dias	19		18,27 (82,61)	4	17,39 (17,39)	23	18,11 (100,00)
1 1-- 3 meses	29		27,88 (78,38)	8	34,78 (21,62)	37	29,13 (100,00)
3 1-- 6 meses	16		15,38 (80,00)	4	17,39 (20,00)	20	15,75 (100,00)
6 meses e +	19		18,27 (82,61)	4	17,39 (17,39)	23	18,11 (100,00)
não sabe	2		1,93 (66,67)	1	4,35 (33,33)	3	2,36 (100,00)
TOTAL	104		100,00 (81,89)	23	100,00 (18,11)	127	100,00 (100,00)

TABELA 28 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO NECESSIDADE DE PROCURAR OUTRO SERVIÇO DEVIDO A PERSISTÊNCIA DA QUEIXA INICIAL E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM - PA JD. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

PROCURA DE OUTROS SERVIÇOS	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	15	41,67	16	69,56	31	
NAO	21	58,33	07	30,43	28	
TOTAL	36	100,00	23	100,00	59	

$$\chi^2 = 5,571$$

$$p < 0,05$$

$$\chi^2_{\text{critico}} = 3,841$$

TABELA 29 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO SERVIÇOS PROCURADOS DEVIDO A PERSISTÊNCIA DA QUEIXA INICIAL E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM-PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

SERVIÇOS PROCURADOS	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PA S. Jorge	4	26,67	1	6,25	5	16,13
Hospital	4*	26,67	5**	31,25	9	29,03
Tratamento caseiro	3	20,00	4	25,00	7	22,58
Auto medicação	3	20,00	2	12,50	5	16,13
Farmácia	1	6,67	4	25,00	5	16,13
TOTAL	15	100,00	16	100,00	31	100,00

* Só o Hospital das Clínicas

** 4 - rede hospitalar conveniada ou contratada
1 - Hospital das Clínicas

TABELA 30 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM E PA JARDIM S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

SATISFAÇÃO	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	105	86,07	105	82,68	210	84,34
NAO	10	8,20	18	14,17	28	11,24
PARCIALMENTE	7	5,73	4	3,15	11	4,42
TOTAL	122	100,00	127	100,00	249	100,00

$$\chi^2_{obs} = 11,391$$

$$p < 0,05$$

$$\chi^2_{critico} = 5,991$$

TABELA 31 NÚMERO E PORCENTAGEM DE CLIENTES SEGUNDO OUTROS RECURSOS DE SAÚDE UTILIZADOS E ÁREA DE ATENDIMENTO DO PAM-PA JARDIM. S. JORGE-SP, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1985 A MARÇO DE 1986.

OUTROS RECURSOS UTILIZADOS	PAM		PA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Só o PAM-PA	31	25,41	45	35,43	76	30,52
Hosp. das Clínicas	27	22,13	19	14,96	46	18,47
Serv. amb. INAMPS ou Conv. com Previdência	26	21,31	18	14,17	44	17,67
Hosp. Clin. e outro Hospit.	22	18,03	20	15,75	42	16,87
Hosp. de Convênio com Medicina de Grupo	8	6,56	8	6,30	16	6,43
Outros Hospitais	7	5,74	7	5,51	14	5,62
Outros serviços*	1	0,82	9	7,02	10	4,02
Não sabe informar	-	-	1	0,78	1	0,40
TOTAL	122	100,00	127	100,00	249	100,00

* compreende a conjugação de serviços formais de saúde: hospital, posto e serviços informais: farmacêuticos, remédios caseiros etc.

DISCUSSAO E COMENTARIOS

Para melhor compreensão dos resultados encontrados no estudo da clientela do PAM-PA Jd. S. Jorge faz-se necessário conhecer os objetivos e o processo de trabalho propostos para esses serviços.

O PAM, ao desenvolver a programação médico-sanitária, tem como objetivo o controle de saúde, visando ao acompanhamento contínuo do indivíduo, seja em fases vulneráveis da vida seja em processos patológicos específicos. É um serviço cujo objetivo e organização foi definido tecnicamente pela instituição, baseado no princípio de que esse acompanhamento resultaria mais efetivo do que o atendimento de episódios agudos intercorrentes, sendo pequena a ênfase ao atendimento desses.

O PA, ao desenvolver ações de assistência médica individual de caráter curativo, visa atender ao episódio agudo e à rápida resolução do evento, sem compromisso com o acompanhamento do processo patológico. É um serviço que surge como resposta às reivindicações da clientela usuária, a qual não reconhece no PAM a capacidade de responder rapidamente a seus problemas agudos. Os procedimentos do PA reproduzem a mesma lógica dos serviços médico-hospitalares do sistema previdenciário, mas com origem em uma unidade básica de

característica ambulatorial, dispondo de poucos recursos tecnológicos e com uma concepção de trabalho de atenção primária. Essa característica resulta na implantação de um serviço, cujos recursos para diagnóstico se restringem à propedêutica clínica do profissional médico e cuja terapêutica se limita à indicação ou aplicação de medicamentos.

Os objetivos de ambos os serviços definem a forma de organização desses. Assim o PA, buscando atender o mais rápido possível ao episódio agudo, apresenta um processo de trabalho desburocratizado, o qual exige apenas registros sumários e controle simples das ações. Dessa maneira permite um rápido acesso da clientela ao médico e à medicação correspondente. O PAM, buscando reordenar a demanda e efetuar o controle de saúde da clientela, desenvolve um processo de trabalho do qual participam, outros trabalhadores da saúde, além do médico, disso resultando maior complexidade do atendimento. Este se apresenta fragmentado e em cada etapa há uma preocupação com o processo educativo, visando a uma mudança de comportamento que permita a reordenação da demanda, exigindo um registro mais detalhado das ações e acarretando um maior dispêndio de tempo para execução das atividades previstas.

As características de trabalho do PA, juntamente com a não-adequação da estrutura organizacional da SHS para a absorção funcional desse novo serviço,

resultou em que as atividades desenvolvidas pelo PA fossem apenas justapostas às atividades do PAM, sem que houvesse qualquer grau de integração real entre ambas, tanto do ponto de vista das atividades-fim como das atividades-meio.

Foi nesse contexto que, analisando-se ambas as clientela do PAM-PA Jd. S. Jorge, verificou-se que elas são constituídas predominantemente por uma população materno-infantil de baixo estrato social, cujos responsáveis pelas famílias apresentam baixa escolaridade e ocupações basicamente manuais e uma renda familiar "per capita" bastante baixa; as duas, portanto, com características individuais e sócio-econômicas semelhantes.

Os motivos de procura da clientela de ambos os serviços constituem, em sua maioria, de queixas de problemas patológicos, que se referem principalmente a processos infecciosos relacionados ao aparelho respiratório e digestivo.

As queixas apresentadas pela clientela do PA apresentam-se mais agudas, de menor diversidade e, quando não-resolvidas, resultam em uma maior procura de recursos médico-hospitalares do que na clientela do PAM. Essas diferenças estariam retratando a forma seletiva com que a clientela utiliza ambos os serviços, apesar da semelhança quantitativa do grupo de queixas apresentada por ambas. Assim, a clientela procura o PA para problemas

em que identifica a urgência do atendimento médico e tratamento medicamentoso imediato e procura o PRM para problemas de menor gravidade que poderiam aguardar a "sistemática de agendamento" para sua resolução, refletindo um processo de aceitação passiva pela clientela das atividades programadas pelo PRM para que tenha atendidas suas necessidades.

O maior grau de não-satisfação no PA, provavelmente decorreria do processo de trabalho que se caracteriza por um atendimento rápido, superficial, dirigido à resolução das queixas, sem qualquer vínculo ou compromisso além da resolução do episódio agudo. A não satisfação apresenta-se mais evidente quando não se atinge, a principal expectativa da clientela no atendimento, qual seja, a prescrição ou aplicação medicamentosa.

As baixas condições sócio-econômicas apresentadas pelas populações usuárias resultam constantemente em agravos à saúde e conseqüentemente a necessidade de assistência médica, o que se observa na produção de consulta médica quatro vezes maior no PA do que no PRM, mostrando a importância daquele para a população usuária. No entanto, cabe realçar que parte dessa diferença de produção poderia ser decorrente do processo de trabalho do PRM que, ao apresentar uma maior divisão de trabalho e conferir um conteúdo técnico mais extenso às atividades programadas, resulta em um

atendimento mais demorado, com baixo fluxo de ingresso e conseqüentemente com repressão de demanda.

Para ter atendidas suas necessidades de saúde, a população compõe uma "cesta de serviços". Essa utilização múltipla de serviços é o resultado do "processo de aprendizagem" da população que busca, por meio da utilização sucessiva, identificar os objetivos dos serviços e seus processos de trabalho e os compara com suas expectativas de atendimento. O privilegiamento da utilização de serviços médico-hospitalares observado nessa cesta, bem como a identificação da queixa como o principal motivo de procura ao PAM-PA, permitiria dizer que as necessidades de saúde sentidas pela clientela estão diretamente relacionadas à resolução das manifestações de doença, com maior brevidade possível. Essa expectativa permite supor que o conceito de saúde da clientela é restrito e se resume à ausência de "doenças".

O estudo efetuado no PAM-PA Jd. S. Jorge mostra que a integração da assistência médica à rede básica de serviços da SHS, efetivada por meio da implantação de um serviço de pronto atendimento junto a um PAM concretizou-se como um serviço complementar às ações de assistência médico-sanitária próprias do PAM, o qual não respondia às necessidades de saúde sentidas pela população usuária. O PA, apesar de apresentar a mesma lógica do atendimento médico individual de caráter curativo, não representa o real acesso da clientela aos

equipamentos e recursos disponíveis na medicina previdenciária.

Para que a integração de serviços se constitua numa real estratégia para a implantação de Sistema Único de Saúde²² ou Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS)²⁷ será necessária a elaboração de uma nova programação que atenda às necessidades de saúde sentidas pela população e que, a partir desse princípio básico, seja capaz de propor e executar ações visando a saúde integral do indivíduo.

A nova programação deverá também levar em conta experiências de integração anteriormente realizadas, como por exemplo aquela referida no PAM Promorar Rio Claro. Nela o PA foi concebido e implantado como uma atividade secundária do PAM, a ser desenvolvido pela mesma equipe e no mesmo período de atendimento e com o mesmo processo de trabalho tendo como objetivo principal da unidade a assistência integral. O serviço prestado pelo PA, por pressão da equipe médica, gerou um processo de trabalho semelhante ao de um PAM com uma programação visando o controle de saúde resultando na não identificação desse serviço como aquele necessário ao atendimento de suas necessidades. Essa situação possibilitou que, por pressão da equipe médica, o serviço fosse desativado sem qualquer manifestação em contrário por parte da clientela ou mesmo do restante do quadro de funcionários do serviço.

Para um atendimento satisfatório será necessário que a base da nova programação deixe de ser essencialmente administrativa, visando a racionalização de recursos, maior eficiência e controle do processo ou mesmo o "enquadramento técnico" da demanda. Será necessário, para a nova programação, maior conhecimento das queixas apresentadas, das características biológicas e sociais e que sejam contemplados os anseios da população usuária, principalmente no que se refere à expectativa desta em relação aos serviços a serem oferecidos.

Essa nova programação deverá permitir o atendimento rápido e desburocratizado da clientela que procura o serviço com queixas por problemas patológicos, facilitando o acesso ao profissional médico, bem como propiciar o necessário atendimento contínuo da clientela de maneira a garantir a visão integral do processo saúde-doença. Para que essa programação tenha um maior grau de resolutividade será necessário que o sistema disponha ou tenha acesso aos recursos tecnológicos disponíveis na rede hospitalar, sem os quais a capacidade resolutiva estará restrita à propedêutica clínica, que se encontra na prática profundamente alterada pelo processo de trabalho em vigor ^{31,78}. Deverá também, permitir que as ações assistencialistas compensatórias de caráter social, desempenhado pela saúde pública nas últimas décadas, sejam acompanhadas de ações mais condizentes com as condições sócio-econômicas do cliente e conseqüentemente sejam mais

efetivas para os objetivos a que se destinam.

Essa nova programação de saúde resultará em uma nova organização da unidade de saúde, a qual deverá concretizar a integração intra-institucional. Isso será apenas uma etapa para a necessária integração interinstitucional dos serviços de saúde, imprescindível para uma nova reordenação no setor. No entanto, para essa próxima etapa não bastará uma nova programação de saúde; será necessário garantir a real descentralização do poder referente às decisões políticas nessa área, que atualmente se encontram centralizadas em nível federal, para que ocorra uma efetiva participação da população na definição desses serviços de saúde.

Não será suficiente a desconcentração, seja dos recursos financeiros e orçamentários ou da execução de prestação direta de serviços. Será necessário que no processo de descentralização o poder público estadual e/ou municipal sejam capazes de:

- modificar suas atuações marginais e complementares à política social desenvolvida pela medicina previdenciária;

- reorganizar seus serviços visando aumentar sua efetividade frente às reais necessidades da população;

- readquirir valor social junto à comunidade para o necessário apoio desta, visando romper a atual segmentação observada na sociedade e nos serviços de saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-ALBUQUERQUE, J.A.G. & RIBEIRO, A.E. - Da assistência a disciplina : o programa de saúde comunitária . São Paulo, Departamento de Ciências sociais-FFLCH USP ,1979. [Mimeografado].
- 2-ALVARENGA, A.T. de Contribuição ao estudo das relações entre status sócio-econômico familiar e saúde materna. São Paulo, 1978. [Dissertação de mestrado-Faculdade de Saúde Pública USP].
- 3-ALVARENGA, A.T. et al. Índice de status sócio-econômico da família da mulher grávida que frequenta o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7:351-67 , 1973.
- 4-ANDERSEN, R. et al. Evaluating the Municipal Health Services Program. Ann. N. Y. Acad. Sci., 387: 91-110, 1982.
- 5-ANUARIO ESTATISTICO DO ESTADO DE SAO PAULO: 1985.(Fundação SEADE) São Paulo, 1986.

- 6-ATO no. 984 de 27/12/1935 apud SPOSATI, A.O et al ⁷³ .
- 7-ATO no. 1146 de 04/07/1936 apud SPOSATI, A.O et al ⁷³ .
- 8-BALDIJAO, M.F.A. et al. Alguns aspectos metodológicos de um levantamento de motivos de procura em unidades básicas de Saúde. São Paulo, 1985. [Mimeografado]
- 9-BIRCH, H.G. & GUSSOW, J.D. Disadvantaged children: health, nutrition, and school failure. New York, Grunne-Stratton, 1970.
- 10-BLOUNT, J.A. - A administração de Saúde Pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. Rev. Adm. Emp., Rio de Janeiro, 12(4): 40-8, 1972.
- 11-BRAGA, J.C.S. A questão da saúde no Brasil, Campinas, 1978 [Dissertação de Mestrado-Departamento de Economia e Planejamento Econômico UNICAMP].
- 12-BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. de - Saúde e previdência : estudos de política social. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1981.
- 13-CAMPOS, G.W. de J. Subordinação da saúde pública à dinâmica de acumulação capitalista ou breve história do ocaso da saúde pública, Campinas, 1987. [Mimeografado]

14-CARVALHEIRO, J.R. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP]

15-CASTRO, P. de C. Contribuição para o estudo da administração dos serviços locais de higiene infantil, na capital do Estado de São Paulo. São Paulo, 1958. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública USP].

16-CIARI Jr., C. et al. Acreditação de serviços de pré-natal. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8:187-202, 1974.

17-CLASSIFICAÇÃO Internacional de Assistência Primária (CIAP). [s.n.t. -Mimeografado].

18-CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMARIOS DE SAÚDE , Alma-Ata , URSS , 1978 .Relatório final. Brasília, OMS/UNICEF, 1979.

19-CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5a., Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.

20-CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6a., Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

21-CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE,7a., Brasília ,1980.

Anais. Brasília, Ministério da Saúde,1980.

22-CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE,8a., Brasília, 1986.

Anais. Brasília, Ministério da Saúde,1986.

23-CORDEIRO,H.A. As empresas médicas: Um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil.São Paulo ,1981.[Tese Doutorado-Faculdade de Medicina USP]

24-DECRETO-LEI no. 4682 de 24/01/1923 apud BRAGA,J.C.S. &
12
PAULA,S.G.

25-DECRETO-LEI no. 200 de 25/02/1967 apud POSSAS,C.de A 63

26-DECRETO no. 50.192 de 13/08/1968 apud SECRETARIA DA
68
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

27-DECRETO no. 94.657 de 20/07/1987 In: MINISTERIO DA
PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. SUDS Sistemas
Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados.
Brasília, 1987. p. 12.

28-DIXON,W.J. & MASSEY,F.J. Introduction to statistical
analysis. New York, McGraw-Hill ,1957.

- 29-FERNANDES,F. A revolução burguesa no Brasil. São Paulo, Zahar, 1975.
- 30-FREIRE,P. de M. Organização de serviços de saúde para zona rural. Arq. Hig., S. Paulo , 9(20): 5-82, 1944.
- 31-GONÇALVES,R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado- Faculdade de Medicina USP]
- 32-GOUBEIRA, A.J. Professores de amanhã: um estudo de escolha ocupacional. 2a.ed. São Paulo, Livraria Pioneira, 1970.
- 33-GOUBEIRA, A.J. & HAVIGHURST,R.J.Ensino médio e desenvolvimento. São Paulo, Ed. Melhoramentos, 1968.
- 34-ILLICH,I. A expropiação da saúde :nemesis da medicina. 3a.ed., Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1975.
- 35-KROEGER,A. et al. Hacia un mejoramiento de la salud: una investigacion de la utilizacion de los recursos de salud en el Chaco de Argentina. Resistencia ,

Instituto de Higiene Tropical y Salud Publica.
Universidad de Heidelberg, 1984.

36-LAURENT, A. et al. Reporting health events in household
interviews: effect of an extensive questionnaire and
a diary procedure. Vital Hlth Statist. Ser.2, (49)
1972.

37-LEAVELL, H. & CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo,
McGraw-Hill do Brasil, 1976.

38-LEI no. 240 de 02/07/1893 apud MASCARENHAS, R.S. 49

39-LEI no. 2484 de 16/12/1935 apud SPDSATI, A.D et al . 73

40-LEI no. 3919 de 08/07/1950 apud SPDSATI, A.D et al . 73

41-LEI no. 4658 de 28/04/1955 apud SPDSATI, A.D et al . 73

42-LEI no. 6025 de 25/06/1974 apud OLIVEIRA, J.A. de A. &
56
TEIXEIRA, S.M.F.

43-LEI no. 6229 de 17/07/1975 apud CONFERENCIA NACIONAL DE
19
SAUDE, Sa.

44-LEI no. 6439 de 01/09/1977 In: MINISTERIO DA
PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. Planejamento do

MPAS/SINPAS 1987-1989 : Plano de ação 1987.
Brasília, 1987.

45-LEI no. 8764 de 18/08/1978 apud SPOSATI, A.O et al ⁷³ .

46-LINDER-PELZ, S. & STRUENING, E.L. The
multidimensionality of patient satisfaction with
a clinic visit. J. Comun. Hlth., 10(1): 42-54, 1985.

47-LUZ, M.T. As instituições no Brasil : instituição e
estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Ed. Graal,
1979.

48-MANUAL da Classificação Estatística Internacional de
Doenças, Lesões e Causas de Óbito: 9a. revisão. São
Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de
Doenças, 1980.

49-MASCARENHAS, R.S. Contribuição para o estudo da
administração sanitária em São Paulo. São Paulo,
1949. [Tese livre-docência- Faculdade de Saúde
Pública USP].

50-MERHY, E.E. A emergência das práticas sanitárias no
Estado de São Paulo, São Paulo, 1983 .[Dissertação
de Mestrado-Faculdade de Medicina USP]

51-MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL.

Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. 3a. ed. Brasília, 1983.

52-MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/MINISTÉRIO DO INTERIOR/SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA.

Programa Nacional de Serviços básicos de saúde PREV-SAÚDE. Brasília, 1980. [Doc.versão preliminar]

53-MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Programa Nacional de Serviços

básicos de saúde PREV-SAÚDE: 1981 - 1988 .
Brasília, s.d. [Mimeografado]

54-McGREEVEY, W.P. et al. Modelos de Sistemas de Saúde in:
Política e financiamento do Sistema de Saúde brasileiro: uma perspectiva internacional.
Brasília, IPEA, 1984. (Serie Estudos para o Planejamento, 26).

55-NOGUEIRA, R. A força de trabalho em saúde. Rev. Adm. públ., 17: 61-70, 1983.

56-OLIVEIRA, J.A.deA. & TEIXEIRA, S.M.F. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no

Brasil.Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.

57-PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO,II(1975-1979). Rio de Janeiro, IBGE, 1974.

58-PEÇANHA,A.M.de M. Um estudo de desenvolvimento institucional.Rev. Fund. SESP,21:63-115,1976.

59-PERES,F. Administração em saúde: supervisão- ensaio de interpretação. São Paulo,1986.[Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública USP].

60-PERFIL estatístico de crianças e mães no Brasil : situação de saúde-1981.Rio de Janeiro,Fundação IBGE, 1984.

61-PERRONE,N.A. & BATES,A.M.G. Programacion en salud In: SONIS,A. Medicina sanitária y administracion de salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1971. p.169-205.

62-PORTARIA MPAS no. . 39 de 05/09/1974 apud OLIVEIRA,
56
J.A.DE A. & TEIXEIRA, S.M.F.

63-POSSAS,C de A. Saúde e Trabalho - a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981.

64-QUEIROZ,M.I.P. Historias de vida e depoimentos

pessoais. *Sociologia* 15 (1): 9-24, 1953.

65-RAMOS,R. - A integração sanitária: doutrina e prática. São Paulo, 1972 [Tese de Livre-Docência- Faculdade de Saúde Pública USP].

66-ROSEN,G.Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica . Rio de Janeiro, Ed. Graal,1979.

67-SANTOS,W.G. dos Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Ed. Campus Ltda, 1979.

68-SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO.Reforma administrativa: textos legais e regulamentares 1967-1970 . São Paulo,1971.

69-SILVA,P.L.B. O perfil médico assistencial privativista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. Cad. FUNDAP,3: 27-50, 1983.

70-SILVA.P.L.B. Políticas e perfis de intervenção em atenção a saúde no Brasil: elementos para análise da ação estatal. Cad. FUNDAP,3:71-81,1983.

71-SILVA,P.L.B. Atensão à saúde como política governamental. Campinas, 1984. [Dissertação de Mestrado-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas UNICAMP].

72-SIMEANT,S. - Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atencion de morbilidad a nivel primario (area urbana). Cuad. méd.-soc., 24:156-169,1983.

73-SPOSATI,A.O.,ed. et al. A Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo história e memórias: documento comemorativo de quadragésimo aniversário. São Paulo, Secretaria Municipal de Cultura/Secretaria de Higiene e Saúde, 1985. (Serie Registros,6).

74-STEVEN,I.D. & DOUGLAS R.M. - A Self contained method of evaluating patient dissatisfaction in general practice. Fam. Pract., 3(1): 14-23, 1986.

75-SUCUPIRA,A.C.S.L. Relações médico paciente nas instituições de saúde brasileiras. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Medicina USP].

76-SUMARIO DE DADOS DA GRANDE SAO PAULO: 1985.(EMPLASA) São Paulo , 1986.

- 77-TAKEDA,S.M.F. et al - Estudo dos motivos de consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre. .Rev. Ass. med.R.G.Sul, 29: 231-9, 1985.
- 78-TANAKA,O.Y. Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1983. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública USP].
- 79-TEIXEIRA,S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In:CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE,8a.,Brasília,1986. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.p.91-112.
- 80-URIBE RIVERA,F.J. O planejamento de saúde na América Latina: norma ou estratégia. Rio de Janeiro, 1982. [Dissertação de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública].
- 81-WILLIAMSON,J.W. Assessing and improving health care outcomes: the health accounting approach to quality assurance. Boston, Mass., Ballinger Publishing,1978.
- 82-WINSLOW,C.E.A. - The evolution and significance of the modern public health campaign . New York, Yale University Press., 1923.
- 83-WORLD BANK.Population,Health and Nutrition Department.

Brazil second health project: 1. São Paulo basic health care. 2. National health policy studies. Staff appraisal report. Washington, DC., 1984. (Report no. 4447a-BR).

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA I

Data da entrevista ___/___/___
 Horário: _____
 No. Matrícula PAM: _____
 No. Registro PA: _____
 No. da Pesquisa: _____

Nome do cliente: _____

Idade: _____ Sexo: _____
 (adulto-anos; crianças até 4 anos-meses) (masc., fem.)

Nome do informante: _____

Idade: _____ Relação com o cliente: _____
 (em anos) (mãe, irmã, etc.)

Endereço: Rua _____ no. _____

Bairro _____

Como se chega na sua casa (rua principal, padaria)? _____

1. Por que veio ao Posto hoje (motivo da procura)? _____

2. Há quanto tempo tem esse problema?

(1) menos de 6 horas _____

(2) menos de 12 horas _____

(3) menos de 1 dia _____

(4) menos de 3 dias _____

(5) menos de 1 semana _____

(6) menos de 1 mês _____

(7) menos de 6 meses _____

(8) mais de 6 meses _____

(9) não se aplica _____

3. Estava agendado?

(1) sim, para quando? _____

| | | |

(2) não

| | | |

4. Caso a pergunta 3 for sim, perguntar se está doente.

(1) sim

| | | |

(2) não

| | | |

5. Você usa ou já usou o Posto nos últimos 12 meses para:

Consulta médica com o Pediatra

(1) sim (2) não

| | | |

Consulta médica de pré-natal

(3) sim (4) não

| | | |

Consulta médica com o clínico

(5) sim (6) não

| | | |

Vacinação

(7) sim (8) não

| | | |

Leite

(9) sim (10) não

| | | |

Pronto Atendimento ou Pronto Soc.

(11) sim (12) não

| | | |

Inalação ou curativo

(13) sim (14) não

| | | |

Atendimento do Serviço Social

(15) sim (16) não

| | | |

Outro - especificar _____

6. Quando foi que usou o Posto pela última vez?

(1) é a 1a. vez que vem ao Posto

| | | |

(2) há menos de 7 dias

| | | |

(3) há menos de 1 mês

| | | |

(4) há menos de 3 meses

| | | |

(5) há menos de 6 meses

| | | |

(6) há mais de 6 meses

| | | |

(7) não sabe dizer

| | | |

7. Ocupação do chefe da família: Descreva o que faz o chefe da família ou pessoa responsável pela sua família, mesmo que seja aposentado ou esteja desempregado. Procure dar um idéia do que ele faz, por exemplo, se for operário, funcionário, comerciário, etc., diga qual o serviço que faz na fábrica, repartição ou empresa onde trabalha; se for comerciário ou industriário, diga qual o ramo de negócio ou indústria; se for professor, diga se é professor primário, secundário ou universitário. No caso de mais de um trabalho, descreva apenas o principal.

-----	☐
-----	☐
-----	☐
-----	☐

8. Qual a situação do chefe da família?

(1) trabalha por conta própria, sem empregado	☐
(2) trabalha por conta própria, com empregado	☐
(3) sócio ou dono de firma comercial ou industrial etc	☐
(4) funcionário do governo, instituto ou outra organização para-estatal	☐
(5) empregado de firma comercial, industrial, bancária, etc.	☐
(6) desempregado	☐
(7) aposentado, caixa, etc	☐
(8) outra-especificar _____	

9. Há outras pessoas trabalhando para o chefe da família?

Quantas?

(0) não | |

(1) sim, 1 | |

(2) sim, 2 a 5 | |

(3) sim, 6 a 10 | |

(4) sim, 11 a 20 | |

(5) sim, + 21 | |

10. Situação previdenciária: INPS

(1) sim (2) não | |

outro-especificar _____

11. Sabe informar quanto o chefe de família está ganhando por mês atualmente?(em cruzeiros ou em relação ao salário mínimo)_____

12. Além do chefe da família, quantas pessoas trabalham? _____

13. Quanto essas pessoas ganham? (em cruzeiros ou em relação ao salário mínimo)_____

(atenção:especificar se houve ganho extra-aluguel,hora extra,etc)

14. Quantas pessoas moram na casa? (não considerar as visitas por pouco tempo, nem a empregada doméstica)_____

15. Escolaridade do chefe da família: Qual o grau de instrução do chefe da família?

(assinalar apenas o mais elevado)

(1) analfabeto	☐
(2) sabe ler e escrever	☐
(3) primário incompleto (+ de 1 ano)	☐
(4) primário completo (1a. a 4a. série)	☐
(5) ginásio incompleto (+ de 1 ano)	☐
(6) ginásio completo (5a. a 8a. série)	☐
(7) colegial incompleto (+ de 1 ano)	☐
(8) colegial completo	☐
(9) superior incompleto	☐
(10) superior completo	☐

16. Há quanto tempo mora no bairro ou na Região do São Jorge?

(1) menos de 1 ano	☐
(2) menos de 2 anos	☐
(3) menos de 5 anos	☐
(4) menos de 10 anos	☐
(5) mais de 10 anos	☐

No prontuário ou ficha no Posto

Diagnóstico ou queixa anotada _____

Conduta anotada (medicamentos, inalação, orientação) _____

Dia e hora marcada para a entrevista II (marcar entre 7 a 14 dias) _____

ANEXO 2

ENTREVISTA II
(em domicílio)Data da entrevista ____/____/____
No. da Pesquisa: _____

Nome do cliente: _____

Nome do informante: _____

1. O Posto resolveu o _____
(motivo de procura= pergunta 1 da entrevista 1)

(1) sim |_____|

(2) não |_____|

2. Se o _____ melhorou foi por que:
(motivo de procura= pergunta da entrevista 1)

(1) melhorou sozinho |_____|

(2) tomou os remédios, mas não fez efeito |_____|

(3) o médico não acertou |_____|

(4) as orientações do Posto não estavam certas |_____|

(5) outro motivo - especificar _____

4. Se não melhorou, procurou outro serviço?

(1) não |_____|

(2) sim. Qual? (1) outro Posto de Saúde |_____|

(2) Pronto Socorro da Lapa |_____|

(3) Hospital das Clínicas |_____|

(4) Hospital de convênio |_____|

(5) Farmacêutico |_____|

(6) comadre, vizinha, parentes,
benzedeira, etc |_____|

(7) chá ou remédio caseiro |_____|

(8) tomou outro medic. por conta própria |_____|

(9) outro-especificar _____

5. Ficou satisfeito com a maneira de atender do pessoal do Posto?

(1) sim

| ☐ |

(2) não

| ☐ |

Por que? _____

6. Por que usa este Posto?

(1) e' bem atendido

| ☐ |

(2) não tem outro serviço perto

| ☐ |

(3) porque dá remédio

| ☐ |

(4) outro - especificar _____

7. Quanto tem algum problema de saúde, qual serviço procura?

(1) Posto de Saúde

| ☐ |

(2) Pronto Socorro da Lapa

| ☐ |

(3) Hospital das Clínicas

| ☐ |

(4) Hospital de Convênio

| ☐ |

(5) Farmacêutico

| ☐ |

(6) comadre, vizinha, parentes, benzedeira, etc.

| ☐ |

(7) outro - especificar _____