UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**O ESTUDO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL COMO SUBSÍDIO AO
MODELO ASSISTENCIAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

Cláudio Gastão Junqueira de Castro

**São Paulo
1991**

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**O ESTUDO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL
COMO SUBSÍDIO AO MODELO ASSISTENCIAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

CLÁUDIO GASTÃO JUNQUEIRA DE CASTRO

Dissertação apresentada ao Departamento de
Prática de Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Orientador:

Eurivaldo Sampaio de Almeida

**São Paulo
1991**

Por tudo,

À Verenice, Tiago e Juana

APRESENTAÇÃO

A motivação que ensejou a realização deste trabalho, derivou fundamentalmente da experiência vivenciada por conta das atividades desenvolvidas no contexto de nossa atuação profissional como auxiliar de ensino na área de Políticas Planejamento e Administração em Saúde do Departamento de Prática de Saúde Pública.

Neste sentido as constantes discussões ocorridas a nível da área com os colegas envolvidos e particularmente com o nosso orientador, foram decisivas na definição da temática desta dissertação.

Acrescente-se ainda, que tive anteriormente, a oportunidade de elaborar um trabalho no âmbito da Disciplina de Estudos de Morbidade, analisando o Ambulatório de Especialidades do Hospital Umberto I, através de uma metodologia que basicamente teve como fonte de dados a Ficha de Atendimento Ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SIA-SUDS-SP).

Este trabalho, descortinou a possibilidade de utilizar-se deste mesmo instrumento para efetivação do estudo em pauta.

Na oportunidade há que se registrar os agradecimentos a todos que de forma direta ou indireta colaboraram à viabilização deste trabalho, em particular funcionários do SAME e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde (NEPESS) da Faculdade de Saúde Pública que prestou o apoio logístico neste fazer.

RESUMO

O presente trabalho têm como objetivo estudar o perfil da demanda dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I (Adultos, Crianças, Gineco-Obstetrícia).

Os dados referentes ao ano de 1990 (Amostrados), foram coletados através da Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.) do Sistema de Informação Ambulatorial do SUDS-SP (SIA-SUDS-SP).

Foram estudadas as variáveis, idade, sexo, residência, horário de atendimento, diagnósticos (segundo a (CID-9^a), complexidade dos atendimentos (Portes) e Encaminhamentos.

O autor faz análise dos resultados obtidos e comparações destes com a rede de unidades básicas de saúde, inserindo estas análises e considerações na perspectiva de um novo modelo assistencial, no cenário de transição do Sistema Nacional de Saúde do Brasil enfatizando a questão da regionalização e descentralização destes tipos de serviços.

SUMMARY

The present paper aims to study the demand profile of the Umberto -I Hospital First-Aid Clinics Service (adults, children and gyneco-obstetrics) in São Paulo city, State of São Paulo, Brazil. Data related to the year of 1990 (Sampled) were collected by means of the Inpatient Care Index Card (F. A. A.) of the SUDS-SP (SIA-SUDS/SP) Inpatient Information System. Variables concerning age, sex, residence, attendance hours, diagnoses (according to the 9th CID), complexity level of care provided and referrals were studied. The Author carries out an analysis on the data gathered, comparing these with those of the Basic Health Units network, interpolating these analyses within the perspective of the new care model of the Brazilian National Health System currently transition scenary, emphasizing both the regionalization and decentralization of these types of services.

Í N D I C E

I - TÍTULO	
II - INTRODUÇÃO.	1
III - JUSTIFICATIVA E PROPÓSITOS.	11
IV - A EVOLUÇÃO E A CRISE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL.	30
V - O MODELO ASSISTENCIAL E OS PAPÉIS INSTITUCIONAIS	59
VI - OBJETIVOS	72
VII - MATERIAL E MÉTODO	73
- O HOSPITAL UMBERTO I	
- O SISTEMA SIA-SUDS-SP	
VIII - RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
IX - COMENTÁRIOS FINAIS.	174
X - BIBLIOGRAFIA.	180
XI - ANEXOS	

**I - O ESTUDO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DE
UM HOSPITAL COMO SUBSÍDIO AO MODELO ASSISTENCIAL DO
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

II - INTRODUÇÃO

O processo de reformulação do sistema nacional de saúde no Brasil, nos seus diversos aspectos, ocorrido principalmente na década de 1980, trouxe no seu bojo, uma série de avanços, bem como também uma série de indagações.

Transformações significativas ocorreram, outras tantas estão em transição, a serem ou não consolidadas, tanto no que tange ao aspecto político-institucional, político-administrativo, como no chamado campo político-operacional.

Assim, tendo como moldura o conjunto de atos administrativos oficiais do Estado brasileiro, bem como em outros documentos, há que se destacar uma série de princípios, normas, e recomendações que vêm dar nova ordem à questão da "Saúde" no território brasileiro.

Sinaliza-se, sem dúvida, a necessidade de uma nova forma de organização do Sistema, como também uma outra lógica na percepção do processo saúde-doença e conseqüentemente uma outra forma de produção e distribuição de serviços que contemplem à saúde^(5,13,36,42).

Neste contexto, não é demais assinalar as mudanças que se verificaram nos aspectos institucionais, com alcance em todo o território nacional, e abrangendo todo o conjunto da sociedade brasileira, na medida em que os

princípios norteadores ou determinantes daquelas mudanças referidas, estão eles todos inscritos no próprio texto da Constituição do Brasil, como também na Lei do Sistema Nacional de Saúde, e que deverão embasar os demais^(6,11).

Assim, se destaca a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, além do reconhecimento explícito de que este direito deva ser "assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"⁽⁶⁾.

Embora não seja objeto deste trabalho analisar com maior profundidade a questão político-institucional, outros aspectos devem ser assinalados como mudança neste embasamento constitucional.

Assim o fato preliminar, da saúde ser inscrita no capítulo da seguridade social⁽⁶⁾, deve ser destacado, como uma mudança de caráter político institucional de maior relevância e o reconhecimento de que as: "Ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoas físicas de direito privado"⁽⁶⁾, revela um destes aspectos.

Assinale-se também que a antiga dicotomia ou mais ainda a dispersão e atomização institucional que

existia no setor e foi extinta, na medida em que é estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram um sistema único, tendo como diretrizes a descentralização, com direção única em cada nível de governo, o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços essenciais e a participação da comunidade (6).

Também, o artigo 233 da Constituição brasileira, define o papel do setor privado, prestador de serviços de saúde, considerando que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema, tendo preferência as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, e garantindo também de modo claro, que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada(6).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que "Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências", vêm a consolidar estes aspectos constitucionais referidos (e não poderia ser diferente), além de apontar e determinar outras mudanças de efeito, no que tange a concepção, organização e operacionalização do Sistema(11).

Neste sentido, é de ressaltar por exemplo os termos do parágrafo 3º do artigo 2º da referida lei que expressa: "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a

educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País"(11).

No corpo desta Lei também se destaca, como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (o grifo é do autor), item III, do artigo 5º(11).

Da leitura do capítulo II, nos termos do seu artigo 7º, pode se apreender os princípios e diretrizes norteadores do sistema, que podem assim ser sintetizados:

- universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência;
- integralidade desta assistência, nos aspectos curativos (individual) e preventivos (coletivo);
- preservação da autonomia individual na defesa de sua integridade;
- igualdade de assistência à saúde;
- direito à informação;
- divulgação de informações sobre os serviços de saúde;
- uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática;
- participação da comunidade;
- descentralização, direção única em cada

esfera de governo, ênfase na municipalização dos serviços de saúde, e regionalização e hierarquização;

- integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento;

- conjugação dos recursos (senso lato) da União, estados e municípios;

- resolução dos serviços de saúde;

- organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios e fins⁽¹¹⁾.

É de ressaltar ainda, a questão das competências e atribuições das diferentes esferas de governo, da participação dos serviços privados de assistência à saúde, do financiamento e gerenciamento dos recursos financeiros do sistema, dos recursos humanos, do planejamento e orçamento e outras transitoriedades de relevância que foram contempladas, mas dado a brevidade deste espaço, há que se restringir apenas às citações feitas.

E mais, na sucessão dos capítulos e seções dispostos neste texto legislativo irá se detectar outras tantas mudanças de caráter político institucional, administrativo e operacional referidas no início deste prólogo, abarcando aspectos referentes à organização, direção e gestão do Sistema Nacional de Saúde, além de outros.

Também não é intenção analisar os vetos que o poder executivo aplicou no texto da Lei do Sistema

Nacional de Saúde e suas repercursões sobre os novos rumos que o sistema poderia ter.

Talvez, o importante, neste momento é apropriação destes fatos, no sentido de apreender e compreender, que os mesmos são reflexos, do próprio jogo político que se desenvolve no cenário nacional, no sentido de dar uma nova conformação do Sistema Nacional de Saúde.

O objeto e análise deste trabalho, reside na seguinte dimensão: seriam as mudanças institucionais e administrativas condições suficientes para o alcance das mudanças e reformas do sistema? Quanto à necessidade não se duvida, já em relação à suficiência é que se questiona.

Melhor dizendo; o modo e a lógica, que instrumentaliza a forma que os serviços de saúde em geral, são hegemonicamente produzidos e distribuídos hoje, não requer mudanças?

Esta é uma questão, genericamente colocada dentro do chamado campo político-operacional e que em termos de compreensão do que se discutirá neste trabalho, deve ser entendida como uma mudança neste campo, envolvendo a necessidade de um novo modelo-assistencial.

Modelo Assistencial que deve ser entendido como a forma que os serviços de saúde se organizam num determinado espaço, incluindo diferentes unidades prestadoras, de diversas complexidades tecnológicas e de diferentes instituições, bem como as relações funcionais que se estabeleçam entre elas, para o atendimento da saúde da

população⁽³⁸⁾.

E na medida em que o Modelo Assistencial, se constitui num dos pilares que sustenta o Sistema Nacional de Saúde, pode-se dizer que muitas distorções que se constataavam no setor saúde, antes da consolidação da Ações Integradas de Saúde (AIS), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e ainda agora após a edição da Constituição e da Lei nº 8.080/91, podiam e podem ser percebidas no âmbito de seu modo de produzir e distribuir os serviços de saúde, ou seja no próprio Modelo Assistencial.

E aqui podem ser sintetizados, segundo alguns autores, algumas distorções de maior relevância e destaque, tais como:

- duplicidade dos serviços públicos;
- separação entre as ações preventivas/saúde pública e curativas/assistência-médica;
- separação da clientela previdenciária e não previdenciária;
- ausência de regionalização, hierarquização dos serviços;
- transferência de recursos financeiros, ao setor privado de saúde, através da compra de serviços, com base na produção de atos médicos;
- ausência de controle e de avaliação na relação entre o financiador e o prestador;
- falta de planejamento integrado a nível local e regional e estadual;^(42,71).

Isto posto, é relevante a necessidade de mudança neste modelo. Mudança esta que no dizer de Machado(1991) deve ocorrer amparada pela aplicação de alguns princípios tais como:

- A Integralidade das Ações de Saúde
- A Hierarquização dos serviços em escala crescente de complexidade
- A Regionalização de serviços e a descentralização das decisões
- A Integração setorial.

Princípios estes, que na análise do autor referido têm um cunho essencialmente racionalizador, e aos quais devem ser agregados outros de caráter mais ideológico⁽³⁶⁾, alguns dos quais inscritos no próprio texto constitucional.

E dentre aqueles, ressalte-se, o princípio da Integralidade das Ações de Saúde, que segundo MACHADO (1991); afirma-se, historicamente como resultado da crítica feita à divisão do trabalho adotado pelo Estado, na prestação de Serviços de Saúde e à concepção dicotômica que orientaria tal divisão, separando a prestação de serviços de alcance coletivo, da prestação de serviços de alcance individual⁽³⁶⁾.

Isto, pode ser melhor explicado na definição e descrição dos processos tecnológicos que dão forma e sustentação ao trabalho que se desenvolve nos cuidados ou na assistência à saúde no Brasil, segundo esta forma

dicotomizada⁽⁴⁰⁾.

De um lado, de forma hegemônica, localizando em agências do setor privado da saúde, geralmente ambulatórios ou Pronto Socorros de hospitais, focaliza-se um processo de trabalho que tecnologicamente, se caracteriza por um modelo de atenção centrado nas Ações médicas sobre os indivíduos. E que utiliza como instrumento básico a Clínica ou o exercício da Clínica Médica.

De outro lado, no locus das agências estatais, se assenta e desenvolve outro processo de trabalho, tecnologicamente diferenciado do anterior, que têm como objeto do seu trabalho os indivíduos na sua dimensão coletiva, e tem como instrumento hegemônico a Epidemiologia⁽⁴⁰⁾.

A questão que ora se evidencia é a referente ao primeiro modelo citado, ou seja o do atendimento ambulatorial individual curativo, dedicado a demanda que é denominada espontânea.

Conhecer portanto este segmento, na perspectiva da aplicação e operacionalização do princípio de Integralidade das Ações, parece ser pertinente e oportuno, dado o cenário de transição e mudança, que ocorre no âmbito do setor saúde.

Reforça se ainda, a perspectiva de que conhecer esta "demanda espontânea" que diuturnamente, procura os chamados serviços de Pronto Atendimento ou de Pronto Socorro dos Hospitais, também poderá contribuir para

o equacionamento de outras questões de relevância, que foram apontados dentro dos princípios norteadores de um novo modelo assistencial, particularmente o da Regionalização, Hierarquização e Municipalização dos Serviços^(26,62,68).

E como no caso, se pretende que o estudo seja feito a nível de um hospital no município de São Paulo, espera-se que este estudo além de apontar características gerais da questão, possa também contribuir ao processo de organização do sistema de saúde no município de São Paulo, naquelas dimensões referidas.

III - JUSTIFICATIVAS E PROPÓSITOS

Há que se justificar ainda a apropriação do tema para o estudo a ser realizado, levando em consideração outra dimensão do mesmo, qual seja, sua magnitude.

A nível do chamado Atendimento Ambulatorial, onde se insere esta modalidade de prestação de serviços, na concepção de um modelo, que se caracteriza por aquele processo tecnológico referido anteriormente, (calcado no exercício da clínica e de cunho exclusivamente ou essencialmente curativo e destinado a uma demanda espontânea), qual é o peso ou o volume do mesmo? Tem relevância?

Tomando-se por base o ano de 1986, pode-se observar que a nível de Brasil, do total de 237.525.183 (duzentos e trinta e sete milhões e quinhentos e vinte e cinco mil cento e oitenta e três) consultas médicas produzidas, 66.058.622 (sessenta e seis milhões e cinquenta e oito mil e seiscentos e vinte e duas), foram caracterizados como de Urgência/Emergência, ou seja aproximadamente 27% (vinte e sete por cento). E destas últimas, aproximadamente 38.000.000 (trinta e oito milhões) foram prestadas pelo Setor Privado, através de Serviços contratados, ou seja, mais de 50% (cinquenta por cento)⁽⁵⁰⁾.

Tomando o Estado de São Paulo, para este mesmo ano, têm-se que do total dos 74 milhões de consultas médicas, 35 milhões foram catalogados, como de

Urgência/Emergência, ou seja quase 50% (cinquenta por cento), e destas 27 milhões foram produzidos pelo setor privado, ou seja quase 80% (oitenta por cento)⁽⁵⁰⁾.

Para o ano de 1987, também se observou dados semelhantes aos descritos para 1986. No caso do Estado de São Paulo por exemplo, do número total de Consultas Médicas produzidos ou sejam aproximadamente 82 milhões, 40 milhões foram de Urgência/Emergência e destas, aproximadamente 22,5 milhões foram do setor privado contratado pelo INAMPS⁽⁵¹⁾.

E só na Capital do Estado, ou seja no Município de São Paulo, o INAMPS pagava a esta época 18 milhões de consultas/ano⁽⁴⁷⁾.

Por estes dados enunciados pode-se perceber portanto que este segmento ou esta modalidade de atendimento representa um volume significativo no que se refere a atenção médica e, conseqüentemente, mobiliza uma considerável quantidade de recursos financeiros.

Além do que, a nível dos estudos e trabalhos realizados a nível nacional e mesmo a nível do estado de São Paulo com o objetivo de conhecer o perfil desta demanda e ou avaliar estes serviços nos seus diversos aspectos, não se encontrou uma produção condizente com a amplitude da questão.

Pode-se citar, em termos das informações que são registradas, coletadas e difundidas sistematica e periodicamente, a publicação do INAMPS, denominada INAMPS em Dados, que é publicada anualmente, mas que têm pouco nível

de discriminação ou têm um nível de detalhamento que é insuficiente para o conhecimento mais amíúde deste segmento.

O referido periódico contempla informações sobre os Atendimentos de Urgência/Emergência que são realizados pelos diversos prestadores que tem relação com o INAMPS (Contratos-Convênios-Credenciamentos), inclusive os próprios do INAMPS.

As informações são discriminadas em termos geográficos contemplando o Brasil e os estados membros sendo, este o nível mínimo de detalhamento regional. E diz respeito ao volume quantitativo das consultas, discriminando dentro deste total aquelas que foram com procedimento ou sem procedimentos para diagnóstico ou terapêutica. Assim sendo, pensamos na possibilidade de que o desenvolvimento deste estudo pudesse a vir contribuir, para as respostas a algumas indagações básicas, respostas estas que em alguma medida subdisiassem o processo de reorganização do sistema de serviços de saúde a nível do Município e Região Metropolitana de São Paulo em geral e a própria reorganização interna dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, no sentido de sua racionalização, eficiência e eficácia.

A este propósito tem-se a salientar que, no ano 1990, foi realizado pelo autor como trabalho de campo da disciplina HEP 724 - Estudos de Morbidade, do programa de estudos, do Curso de Pós-Graduação, um "Estudo do Perfil da Morbidade do Ambulatório de Especialidades de Adultos, do

Hospital Umberto I, no município de São Paulo⁽²¹⁾.

Naquela oportunidade, utilizando-se da Ficha de Atendimento Ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SIA-SUDS-SP), procedeu-se para o mês de março/90, uma amostragem de 564 (quinhentos e sessenta e quatro) fichas, e analisou-se algumas variáveis referentes aquela clientela que demandava de Serviço Ambulatorial de Especialidades do referido Hospital.

Evidentemente que se trata de uma clientela diferenciada da clientela, que ora se propõem estudar, na medida em que não se constitui em demanda espontânea para os Serviços de Pronto-Atendimento, mas sim de uma demanda previamente agendada, oriunda de encaminhamentos feitos por outros serviços e mesmo dos serviços de Pronto-Atendimento do próprio Hospital, para um atendimento especializado.

Ainda assim, na análise do perfil de morbidade segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), pôde-se constatar que uma série de atendimentos que foram realizados, correspondiam a patologias que por suas naturezas e estágios evolutivos, poderiam ser devida e adequadamente abordadas, a nível dos chamados Serviços Básicos de Saúde ou unidades básicas de saúde da rede estadual e municipal.

Deste modo, uma pergunta se coloca, ou seja em que medida este fenômeno também ocorre a nível dos serviços de Pronto Socorro ou de Pronto Atendimento do

referido Hospital? Ainda mais, se considerar o fato de que nestes, a demanda se caracteriza como "espontânea", ou seja o paciente procura o atendimento no serviço por uma "decisão sua", que é elaborada em função de uma série de variáveis, enquanto que naqueles (Ambulatório de Especialidade) o paciente é agendado, na sua maioria, por uma decisão de um profissional de saúde^(1,54).

Além disto, indaga-se também se há coincidência em termos de morbidade entre esta demanda espontânea dos Serviços de Pronto Atendimento, com a da clientela que usual e tradicionalmente é atendida na rede básica de serviços de saúde?

Neste aspecto, temos a citar que Yazlle Rocha e Nogueira (1985), num estudo realizado na Região de Ribeirão Preto, SP-Brasil, com o objetivo de definir os Padrões de Morbidade, que demandam rede de centros de saúde, concluíram que "no presente estudo, os grupos de morbidade ambulatorial mais frequente foram constituídos por doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório, dos olhos, ouvidos, da pele e do tecido celular subcutâneo, do aparelho genito urinário e da nutrição e metabolismo ... constituem aproximadamente 80% das causas que levam os pacientes ao Serviço"⁽⁷⁹⁾. E que têm padrão semelhante verificado em outros estudos realizados^(17,18,19,28,32,33,34,37,64,77,78).

Será este o padrão de morbidade do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I?

E a caracterização destes atendimentos, no que se refere a sexo e faixa etária? Qual é o perfil? Nisto, segundo Lebrão, que relata sobre um estudo que foi realizado em 1983, abrangendo 6 (seis) Serviços de Atenção Primária, observou-se que de um total de 11.186 (onze mil cento e oitenta e seis) atendimentos, 66,5% foram de menores de 15 anos, e que 56,9% foram de pacientes do sexo feminino⁽³²⁾. Os mesmos, Yazlle Rocha e Nogueira, no estudo acima citado para a Região de Ribeirão Preto, relatam:

"Analisando a Composição Etária e sexo da demanda atendida vemos que predominam as crianças e mulheres no período fértil de vida, repetindo o já observado no Município de Cássia dos Coqueiros e seguramente compondo o perfil trimodal da demanda (crianças - mulheres - velhos) a Serviços de Saúde"⁽⁷⁹⁾. Portanto, a verificação e descrição destas variáveis, na oportunidade deste estudo, pode ser aceita, como de relativa importância.

Outrossim, em parágrafo anterior, sinalizamos a questão de regionalização dos serviços de saúde, como um princípio e mais ainda uma diretriz operacional básica, para a reordenação e reorganização do sistema de saúde^(20,62). Isto é, a busca de uma identidade precípua entre serviços e população é fundamental para a satisfação de ambos e portanto de melhoria do nível de saúde. Este processo que no mais, procura definir de um lado, para a população qual é, e a que se presta um serviço

de saúde, que ela usa ou deveria usar e de outro lado, para o Serviços de Saúde, qual é esta população, e quais são os problemas de saúde que emergem na sua demanda. Como contribuição mínima ou até inicial, pressupõe-se que no estudo em questão, verificar e conhecer a procedência da clientela (em termos de residência) que procura os Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, é pertinente.

Ou seja, dado este volume de pacientes (razoavelmente grande) que procuram os serviços, qual é a origem dos mesmos, em termos de residência? Procedem de quais bairros? Quais os ERSAs-SUDS? E dos municípios da Região Metropolitana? Existe demanda?

Esclareça-se que a nível do município de São Paulo e da Região Metropolitana de São Paulo, quando da Reforma Administrativa afetuada na Secretaria da Saúde do Estado, foi reorganizada a estrutura da mesma com a criação dos Escritórios Regionais da Saúde (ERSAs), a nível de todo o Estado.

Estrutura técnico-administrativa subordinada a Coordenadoria de Macro Região, com uma área geográfica delimitada, constituída de municípios (para Interior e Região Metropolitana) ou de distritos no caso do Município de São Paulo, tendo como um de seus pressupostos básicos, a finalidade de ser a referência para reorganização do Sistema de Saúde no componente da Regionalização de Serviços de Saúde.

Na concepção ou no modelo referencial teórico

existente, se pretende à luz de outros princípios, a construção de um novo modelo-assistencial, que no caso da Regionalização, ou Distritalização, ou dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que tenham a sua área geográfica, população e serviços definidos, e que a atenção a saúde da população se concretize com estes (serviços) organizados em níveis de atenção, hierarquizados e articulados entre si, desenvolvendo ações e programas, que devem ser definidos por critérios epidemiológicos^(13,15,16,20,22,25), e operacionalizados, sob o suporte da Ciência da Administração e em particular da Administração em Saúde ou Administração Sanitária e Planejamento.

Deve ficar evidentemente claro, que neste processo de construção deste modelo-assistencial, não se cogita de que todos os serviços com ações e programas para se atender a todas as necessidades de saúde de uma população devam estar no mesmo tempo, numa mesma região ou num mesmo bairro ou conjunto de Municípios. É certo que se busca, a plena satisfação de todas as necessidades da população de uma região, mas esta deve ser progressivamente construída, sob a base dos aspectos prioritários, das relações custo-benefício, e da participação da população neste fazer.

Nesta perspectiva, portanto, é fato aceito que determinados serviços de uma região ou de uma área deverão ser também de referência para outras regiões, para a resolução de determinados problemas ou atendimento de certas patologias, que existem também nestas. Neste particular, os

ERSAS ou Distritos do Município de São Paulo, principalmente, são exemplos bastante ilustrativos⁽⁶⁷⁾.

Assim neste estudo em questão pretende-se conhecer, através do endereço do paciente, informado e transcrito na Ficha de Atendimento Ambulatorial do Sistema SIA-SUDS-SP qual a residência do paciente, segundo o ERSA e segundo os bairros (distritos) e até mesmo os municípios da Região Metropolitana. Esta informação pode, neste entender contribuir para o processo de Regionalização ou Distritalização em curso a nível do Município de São Paulo de um modo geral e em particular para definir o papel do Hospital Umberto I, no sistema de atenção à saúde nos termos de ter uma população adstrita e conhecida, para dar cobertura às necessidades que demandem a serviços de referência, que utilizem tecnologia mais complexas, estabelecendo portanto os instrumentos e mecanismos de articulação necessários com o(s) ERSA(s) ou com as Administrações Regionais de Saúde e Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Ressalte-se, que não se pensa de imediato, subsidiado apenas no conhecimento das variáveis aqui estudadas que se irá definir cabalmente a população dependente dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I e muito menos de Internação. Mesmo porque, os Serviços de Pronto Atendimento ou de Pronto Socorro, fundamentalmente devem existir, para a prestação de Serviços de urgência (com tecnologia e recursos adequados e

resolutivos) a acontecimentos fortuitos e imprevisíveis à saúde dos pacientes, que emergem na vigência de seu cotidiano. E como imprevisíveis, que são, geralmente não escolhem hora e muito menos local para a sua ocorrência. Assim é obvio que não se cogita que um Serviço de Pronto Atendimento (Emergência), faça restrição de que qualquer ordem para o atendimento de um paciente que o demande.

Mas de outro lado, na medida em que se conhece a procedência da clientela, e o perfil da morbidade do mesmo, o comportamento segundo sexo e idade e além de outras variáveis que também serão submetidos à análises, e que estão contemplados na Ficha de Atendimento Ambulatorial do SIA-SUDS-SP, poder-se-á ter uma sinalização ou direcionamento válidos ao desenho e perfil das Unidades Básicas de Saúde, dos ERSAS e ou Distritos Sanitários que forem identificados, no sentido de sua capacidade resolutiva, ou seja na incorporação de tecnologias, na definição da equipe multiprofissional, no horário de funcionamento, enfim de seus aspectos operacionais.

Ressalte-se na oportunidade, que esta a colocação, não deve de modo algum, induzir ou sugerir a idéia de que às Unidades Básicas de Saúde devem competir única e exclusivamente o desenvolvimento das atividades do chamado Pronto-Atendimento. Pelo contrário, o que se advoga é que o papel destas Unidades, neste novo modelo de produção e distribuição de serviços de saúde, devem se prestar basicamente a uma forma assistencial que privilegie a

chamada atenção integral que comporta, na sua prática, o chamado pronto atendimento, disponível e oferecido à chamada demanda espontânea, e também a atenção programática, desenvolvida tendo como alvo grupos populacionais prevalentes, com riscos biológicos, sociais e econômicos maiores de adoecer e morrer, através de recursos adequados com equipe multiprofissional e com ações sistemáticas e intersetoriais, inclusive, visando um impacto redutor dos problemas de saúde nestes grupos e dos problemas na população em geral⁽⁴¹⁾.

Neste sentido o conhecimento do perfil desta clientela em termos das variáveis apontadas, deverá ser útil também na definição desta atuação programática, numa perspectiva do desenvolvimento do atendimento integral a nível das Unidades Básicas de Saúde.

Pois, este processo tecnológico de trabalho que é desenvolvido na maioria dos Serviços de pronto-atendimento, na medida em que centra a sua dedicação no fazer o diagnóstico e a cura dos sintomas e sinais do indivíduo doente, deixa escapar uma série de informações de caráter clínico e epidemiológico, que seriam úteis ao estabelecimento de uma intervenção mais adequada, que o instrumental da atuação programática permite, através de um processo contínuo e sistematizado de ações e serviços sobre a doença, ou para os riscos de adoecer ou de agravar o seu estado de saúde^(27,68).

O sentimento que existe em relação aos

Prontos Atendimentos, tal como são, desvinculados de outra preocupação maior, é que estes se constituam um local de "oportunidades perdidas" pelo sistema prestador de serviços de saúde.

A título de maior esclarecimento, vale reportar os termos do Decreto nº 29.059 de 27 de outubro de 1988 - Dispõe sobre o atendimento integral à saúde pelas unidades básicas, no âmbito do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo - SUDS-SP e dá providências correlatas⁽⁶⁸⁾.

Assim, reza o seu artigo 1º: A rede primária de saúde inclusive aquela dos municípios integrantes e dos que vierem integrar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo - SUDS/SP, deverá criar condições imediatas para que suas Unidades proporcionem atendimento integral à saúde da população, em sistema regionalizado e hierarquizado.

E acrescenta no parágrafo único deste mesmo artigo: Na rede primária de saúde o atendimento integral à população abrangerá:

a. atendimento imediato às necessidades de saúde sentidas pela população, que priorize a resolutividade, a qualidade e a visão integral do paciente, não ficando adstrita à reprodução da medicina apenas sintomática;

b. atendimento programado (programas de saúde) dirigido a grupos de risco, com prioridades

estabelecidas local e regionalmente;

c. ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

d. programas de intervenção epidemiológica nas áreas prioritárias e nos problemas considerados de Saúde Pública.

E termina, acrescentando no seu artigo 2º: O atendimento terá caráter resolutivo responsabilizando-se a Unidade de forma programática pelo encaminhamento dos usuários a níveis superiores de complexidade⁽⁶⁸⁾.

Posteriormente, a Resolução CIS/SP-89/88 de 19 de novembro de 1988, com o intuito de dar regulamentação complementar ao decreto referido, vem estabelecer os requisitos para a implantação da assistência integral à saúde na rede básica⁽⁷⁰⁾.

O deslocamento portanto desta clientela para as Unidades Básicas de Saúde, localizadas na região de seu domicílio ou de seu local de trabalho, para o atendimento de suas patologias agudas ou crônicas que se descompensam, seria desejável na medida em que, a par a satisfação desta necessidade, a nível destes serviços outras ações e atividades também seriam desenvolvidas, de modo a diminuir riscos, promovendo e protegendo a saúde e mesmo impedindo a evolução e atenuando as sequelas das doenças. E se isto ainda assim não for, no mínimo estar-se-ia prestando um Pronto Atendimento igual aos Serviços de "Pronto-Socorro", só que com maior ou melhor comodidade para o paciente, bem

como mais racional do ponto de vista do sistema prestador.

Nesta linha de raciocínio que até então se desenvolve, é inevitável que no campo das variáveis que se pretende estudar, e que estão informadas nos campus da Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.), duas outras se promovem: aquela que traduz a resolubilidade do serviço e outra que traduz a tecnologia necessária ao serviço.

Em relação a primeira o que se pretende averiguar no total dos atendimento realizados qual o destino que os mesmos tiveram. Alta? Óbito? Encaminhamento para internação Hospitalar? No próprio Umberto I? Ou em outro? Enfim, pretende-se através das informações contidas nos 2(dois) campus da F.A.A. (Encaminhamento na Unidade e Encaminhamento a outra Unidade), verificar qual é o grau de resolubilidade dos Serviços de Pronto Atendimento.

A este propósito vale assinalar que quanto a capacidade resolutiva de um Serviço de Saúde, a mesma contempla um aspecto quantitativo e outro qualitativo. No primeiro caso, esta capacidade está diretamente relacionada ou é diretamente proporcional à quantidade de instrumentos hora/médico disponíveis nos consultórios, e esta capacidade resolutiva é oferecida pelo percentual de pessoas que demandam ao serviço e são atendidas pelo mesmo; sem serem recusadas por qualquer causa.

Ao que consta, o Hospital Umberto I, como se verá, não admite nenhuma restrição ou recusa para o atendimento nestes serviços⁽⁶¹⁾, mesmo porque adota o

princípio da Universalidade de um lado, e por outro lado se subordina aos princípios do Código de Ética Médica, que não admite a omissão de atendimento no caso de emergência.

A resolubilidade qualitativa por sua vez, se estriba no nível da atenção médica prestada ao paciente, que se influencia pelo grau de capacitação técnica dos profissionais da equipe de saúde, bem como na disponibilidade adequada dos demais serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico existentes.

Entretanto não se pretende aqui analisar a resolubilidade, em sua dimensão plena de solução um determinado agravo que o paciente apresentava e que motivou procura do Serviço de Pronto Atendimento. Isto é, o paciente queixava-se de determinados sintomas, apresentava alguns sinais enfim considerava-se "doente" e após o "consumo" do serviço, os sinais desapareceram e não havia referência de sintomas e ele se considerava saudável ou "não doente", mesmo porque, nesta metodologia de estudo, não se fará inquérito e muito menos exames periciais nos pacientes em momento algum durante e mesmo posteriormente à sua passagem no serviço.

Como foi referido, as informações que deverão subsidiar esta análise e discussão serão extraídas da Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.), segundo as categorias de Alta, óbito, encaminhamento, etc...

Ainda assim, nem mesmo a categoria de Alta, por exemplo, poderia indicar a presença da Resolutividade a

que nos referimos acima. Porque repita-se, não se verificará a propriedade da hipótese diagnóstica aventada e muito menos a pertinência e a eficácia da terapêutica recomendada.

Portanto, a resolubilidade, a ser discutida é na perspectiva do Serviço do Pronto Atendimento em si, e no contexto de um sistema de serviços de saúde, onde se pressupõe a existência de outros serviços, com papéis e competências definidas e que se prestariam, (complementando com outras ações), à "solução do problema". Sistema este no qual o Pronto Atendimento em questão, se caracteriza como uma das "portas de entrada".

A resolubilidade portanto, tem nesta perspectiva, um enfoque sobre o paciente sim, mas não no que se refere à sua "cura", mas sim na sua fluência dentro do Sistema. Ou seja, o que se pretende observar, mesmo de uma distância grande e portanto sujeita a distorções, são as oportunidades que são oferecidas e quais são estas oportunidades (que no fundo refletem necessidades) dentro do Sistema.

O fato de referir a uma distância grande sujeita a distorções, tem base na medida em que também aqui não verificar-se-á para as outras categorias de Resolubilidade, o desfecho da providência adotada ao final do atendimento no serviço. Isto é a informação de que tal paciente fora encaminhado para Internação no Hospital Umberto I, ou para o Hospital das Clínicas de São Paulo, ou para outro serviço de referência qualquer não será

verificada ou checada, se ela se finalizou.

É subordinada a estes limites e restrições que a Resolubilidade, dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, será analisada.

Quanto à variável "tecnologia" aventada, como objeto de análise, há que se considerar também as limitações e restrições existentes neste modelo de estudo.

Assim a tecnologia, entendida como um conjunto de instrumentos materiais de trabalho, que desempenha uma função técnico no processo produtivo e que se subordina ao conceito de desenvolvimento tecnologico, entendido com inovação de novos meios de trabalho de modo a conferir mais eficiencia ou eficacia no processo, e que substantivamente se concretize em atividades ou ações realizadas em função de um determinado objeto, com determinado instrumento, não será tratada sem todas as suas dimensões como o fez Gonçalves (1988)⁽⁴⁰⁾.

E aqui acrescente-se a idéia defendida pelo mesmo autor, de que no fundo, a tecnologia utilizada na produção dos serviços de saúde, conforma em última instância, as características de saber operante, e se pode explica-lo (o saber), como decorrência ao mesmo tempo de três ordens de determinantes:

Em primeiro... as características epidemio-lógicas... identificáveis ao redor dos polos de conceituação... de um lado a Epidemiologia (enquanto conhecimento da saúde e da doença tomadas em uma dimensão

coletiva), e do outro lado a Clínica (enquanto conhecimento da saúde e doença tomadas em sua dimensão individual;... em segundo as características históricas concretas das referidas práticas na realização da estrutura social... em terceiro... as características históricas atuais destas práticas por referência ao conjunto da estrutura de produção de serviços de saúde...(40).

Dado este referencial, deve ficar claramente registrado o caráter ambicioso do termo "tecnologia" que aqui está se usando. Mesmo porque, o próprio método (e seu instrumento inerente) definido para o estudo em curso, (como se verá) restringe a questão da tecnologia, de uma maneira radical, reduzida a uma única dimensão.

Assim a variável "tecnologia", entendida como a composição de instrumentos e ações (diagnósticas e terapêuticas) utilizada ou desenvolvida pelos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I na sua prestação de serviços de atendimento ambulatorial à uma demanda que espontaneamente os procuram, será apropriada (e analisada descritivamente) do campo da Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.), denominado: Procedimentos.

Procedimentos êstes que se decodificam em Portes de Procedimentos, numerados e I a XI e outros apenas descritos, e que dão a idéia da complexidade hieraquizada da ação médica.

É neste nível de percepção que a "tecnologia" será descrita e discutida. E ainda pela própria definição e

caracterização dos chamados Portes de Procedimentos vai poder se perceber a imprecisão em que se pode incorrer.

Todavia, na perspectiva de uma comparabilidade com a rede de Unidades Básicas de Saúde, acredita-se que esta visão macro (para não dizer longínqua) e sujeita a imprecisões e mesmo distorções, se prestará como sinais indicativos ou demarcadores, de áreas de estudo, que podem ser complementadas e aprofundadas com métodos mais específicos.

IV - A EVOLUÇÃO E A CRISE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL

Guardadas as devidas proporções e utilizando-se de um certo grau de liberdade que se dispõe à elaboração de um texto acadêmico pode-se dizer que o tratamento a ser dado ao desenvolvimento do tema acima deveria ter em certa medida, uma dose de analogia, à antológica obra de Gabriel Garcia Marques, intitulada: "Crônica de uma morte anunciada".

O certo é que a efervescente trajetória de mudanças que o Sistema Nacional de Saúde no Brasil vem sofrendo, nos termos que foi referido na Introdução deste trabalho, foi ensejada por uma crise e definido por e através de um movimento cujo ponto máximo de reflexão, (até então), ocorreu nos foruns de debates criados por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986⁽²⁵⁾.

No sentido de melhor caracterizar esta crise, há que destacar 2(dois) aspectos fundamentais da mesma e que têm haver (como resultados concretos que foram) com as políticas que foram anunciadas e implementadas a nível do Brasil para ao setor saúde, ao longo do tempo.

Assim a primeira dimensão desta crise diz respeito aos resultados obtidos em termos dos objetivos do Sistema. Resultados estes diagnosticadas como insuficientes e inadequados, no sentido de se ter um impacto favorável às condições de vida e melhoria do nível de saúde da população

(13,14,22).

Analisando-se por exemplo um sub-setor ou sub-sistema do Sistema de Saúde, que é o da Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou das "Ações Preventivas" localizado privilegiadamente no aparelho de Estado, e vinculado diretamente as estruturas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pode-se perceber segundo Braga (1980), uma progressiva perda de hegemonia do mesmo a partir da década de 60, advindo daí um sucateamento e deterioração da sua rede física, um esvaziamento da sua força produtiva, um empobrecimento nas despesas de investimento, com um arrojo flagrante nas suas despesas de custeio. O que irá redundar em desempenho insatisfatório, frente as questões de saúde que tradicionalmente estavam afetas à sua competência⁽³⁾.

Neste quadro se enquadram as Endemias, as Doenças Preveníveis por Vacinação, a Desnutrição, as Doenças Parasitárias, as Doenças Infecciosas com destaque para as Diarréias Agudas no grupo infantil, e outras, traduzidos os seus recrudescimentos, pelos indicadores de morbidade e mortalidade que se analisam^(23,24).

No outro sub-setor ou sub-sistema, ou seja da Medicina Individual curativa, que se responsabilizava pela assistência à "doença" das pessoas, e que o fazia, hegemonicamente através da Previdência Social, também a crise se faz emergir, na medida em que um percentual cada vez maior da população não dispunha formal e legalmente

desta assistência, que contemplava de forma diferenciada e privilegiada os trabalhadores urbanos, engajados formalmente na força de trabalho e emprestava, de forma marginal e periférica uma assistência incipiente ao trabalhador rural⁽³⁾. O cenário portanto existente era o de um percentual significativo da população brasileira, que não tinha acesso aos serviços de saúde ditos curativos, com uma grande contingente, portanto sem cobertura⁽³⁾.

Configurava-se portanto uma crise de resultados, cuja característica maior era a falta ou insuficiência de cobertura assistencial e um quadro do nível de saúde, avaliados pelos indicadores disponíveis, como insatisfatório^(13,14).

E neste quadro a crise se agrava quando outra dimensão vem a emergir ou seja disponibilidade de recursos financeiros para o custeio do sistema, principalmente do sub-sistema da Medicina Previdenciária. Onde por uma série de fatores e razões, as receitas disponíveis passam a ser insuficientes à cobertura das despesas^(3,13,31).

Estas constatações referidas dizem respeito à uma época correspondente ao final da década de 70 e início da década de 80. Contudo a busca das políticas ou fatores determinantes desta forma organizacional assumida e cristalizada a este tempo no Sistema Nacional de Saúde, deve ser feita desde o início do século.

Em 1923, por exemplo, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, embrião do futuro Ministério da Saúde, a ser criado em 1953, a partir do Ministério da Educação e Saúde, que foi criado em 1930⁽³⁾.

O Ministério da Saúde vai representar, portanto, a forma de organização do aparelho de Estado, para a execução das Políticas de Saúde voltadas para o coletivo e, da sua estrutura, pode-se depreender o papel e a vocação que o Estado vai assumir em relação à Saúde Pública.

A época de sua criação era a seguinte a estrutura do Ministério da Saúde (MS).

1. Campanhas Nacionais: Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Lepra.
2. Assistência Materno-infantil
3. Assistência Hospitalar
4. Assistência a Psicopatas
5. Saúde dos Portos
6. Fiscalização do Exercício Profissional
7. Fiscalização anti-venérea das fronteiras
8. Delegacia Federais de Saúde

Sendo que em 1960, a Fundação dos Serviços Especiais de Saúde (FSESP) passa a ser incorporada à estrutura do Ministério⁽³⁾.

Agregado a esta aparelhagem do nível federal, ter-se-á também a nível estadual e municipal, (principalmente estadual) a estruturação de uma rede de serviços, que tratará da questão da Saúde Pública ou Saúde

Coletiva, subordinando se fundamentalmente às diretrizes do nível Central⁽⁴³⁾.

Por outro lado, e à mesma época, pode-se constatar também o nascimento de um novo sub-sistema ou sub-setor dentro da questão da saúde no Estado brasileiro. A este tempo (década de 1920), inicia-se a gestação e o desenvolvimento da Medicina Previdenciária no Brasil, abrigando uma lógica diferente e um processo tecnológico também diferente daquele do aparelho da Saúde Pública referenciado anteriormente⁽³⁾.

É no bojo do incipiente processo de industrialização ocorrido na época e do concomitante processo de urbanização que em 1923 é editada a Lei nº 4682, conhecida como a Lei "Elói Chaves", que criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), uma das primeiras manifestações orgânicas do seguro social no Brasil⁽⁷⁾.

Estas "Caixas" eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras (1% de sua receita bruta) e pelos empregados (3% do salário mensal). Eram organizadas por empresas, o presidente da Caixa era nomeado pelo Presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais à contribuição e contemplavam: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, (o grifo é do autor) aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensões para dependentes dos empregados, auxílio pensionário para funeral⁽³⁾.

No complexo urbano-exportador é onde vai se assistir a organização das primeiras CAPs; a dos ferroviários em 1923, e a dos marítimos e estivadores em 1926⁽³⁾.

Todavia, a cobertura oferecida pelos CAPs era bastante limitada e a maioria dos trabalhadores assalariados estavam excluída dos benefícios. E a assistência médica, no caso disponível para os mesmos, devia ser buscada nos serviços públicos (que eram limitados) ou nos serviços dos profissionais liberais, ou a outras formas de medicina⁽³⁾.

A partir da década de 30 é que se pode dizer, segundo Braga (1986), que a medicina previdenciária surge de fato no Brasil, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Os IAPs vem a se constituir em uma nova ordem dentro da Previdência brasileira, a fim de cumprir uma nova função (diferentemente dos CAPs), que é a extensão dos benefícios de previdência ao conjunto dos assalariados urbanos⁽³⁾.

E fundamentalmente as principais características destes Institutos eram:

- Organização por categoria profissional e não por empresas.
- São autarquias, sob controle maior do Estado, e não sociedades civis como eram os CAPs.
- Os benefícios são igualados dentro da

mesma categoria⁽³⁾.

Esta estrutura de IAPs irá se expandir e perdurar por mais ou menos 30 (trinta) anos, só sofrendo alterações significativas em 1967, com a extinção dos mesmos, na medida em que foram unificados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho.

Estes Institutos, no que se refere a assistência médica a ser prestada aos trabalhadores e seus dependentes vão adotar uma forma de modelo de atenção, cuja principal característica era a assistência médica individual curativa, centrada no diagnóstico e tratamento dos sintomas e sinais da doença, tendo como apoio para esta prática o conjunto de equipamentos e uma variedade de fármacos, cujo monopólio da produção estava (e está) subordinado ao interesse de empresas, cujo capital acionário maior era(é) externo⁽³⁾.

E ainda, a prestação desta assistência médica vai se desenvolver a nível dos ambulatórios e hospitais do setor privado de saúde, que vai à esta época, iniciar os primeiros passos no sentido de uma organização empresarial para a venda de seus serviços, mesmo porque os Institutos não tinham disponíveis para tanto os seus próprios serviços.

Detalhar a trajetória desta então incipiente forma assistência-médica que nos anos 30 se iniciava nestes moldes até aos meados da década de 60, em termos de seus

gastos, financiamento cobertura ou outra característica não é tarefa que se propõem para este momento.

Contudo, vale citar Braga (1986), que sobre esta matéria dizia haver uma integração ampliada entre o Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e empresas industriais (farmacêuticas, de equipamentos e aparato médico) que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor... permitindo uma crescente acumulação de capital em seu interior"⁽³⁾.

E ainda tomando como fonte de informação um documento do Ministério de Planejamento de 1966, o autor emendava:

A assistência médica e hospitalar ainda é, em grande parte de natureza privada, embora aumenta progressiva e rapidamente a importância do financiamento dessa assistência com recursos oficiais. Os maiores gastos públicos nesse campo são feitos pelas instituições de Previdência Social⁽³⁾ .

Em síntese, nos meados da década de 60, a assistência-médica previdenciária se caracterizava por:

- financiamentos do setor, baseado hegemonicamente na arrecadação previdenciária;

- a prestação de serviços, é feita, cada vez mais pelo setor privado;

- a assistência é centrada no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamentos e formação, com crescente tecnificação e especialização da mão

de obra;

- a tecnologia empregada é de ponta;
- o setor apresenta taxas de crescimento mais altos do que as do restante da economia^(3,65).

A partir desta época, no pós 64, vai se assistir uma expansão vertiginosa deste sub-setor, que vai progressivamente ganhando espaço e hegemonia dentro do Sistema Nacional de Saúde, ao passo que ao mesmo tempo o sub-setor da Saúde Pública vai se esvasiando, deteriorando e perdendo seu espaço hegemônico. Somente a partir do final de 70 e início de 80 é que vai se iniciar o processo de mudança, na busca de novos rumos, em função da crise que se evidenciará no Sistema de Saúde.

No intuito de melhor compreender a expansão acontecida a nível da assistência médica previdenciária, é necessário que se sinalise alguns pontos, que são marcos referenciais importantes deste percurso.

Assim, em 1967, no contexto do processo de Centralização desencadeada após o golpe militar de 1964, vai acontecer a extinção dos IAPs, que vão ser reunificados em um único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social(INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e que vai centralizar a gestão da Previdência Social em todo o território nacional e abrangendo todas as categorias profissionais, que até então estavam abrigadas nos seus diversos Institutos. Fato importante nesta passagem foi a exclusão dos trabalhadores e empresários na gestão deste

Instituto^(3,65).

Não obstante ser a explicação desta "extinção reunificação" baseada na lógica da racionalidade administrativa que se exigia para a gestão de "coisas" tão vultuosas, não se pode desaperceber, que em termos de instrumental ou aparelhamento do Estado para o aperfeiçoamento da articulação dos interesses referidos, do setores empresariais envolvidos na prestação de serviços médicos e na produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos e o próprio estado; a criação de um único instituto, veio de encontro a este fim. Lembrando ainda, que outros atores (empresários e trabalhadores) que tinham e representavam outros interesses foram excluídos da gestão e operacionalização da política previdenciária, onde se inscrevia a assistência médica.

O INPS passa a ocupar uma posição impar dentro do sistema, na medida em que será através dele que se efetuará a compra dos serviços e dos insumos da Assistência Médica Previdenciária^(3,65).

Em 1974, a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), subordinado diretamente ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), vai se constituir como um fato de relevância neste processo⁽⁸⁾.

Pois será através do financiamento oferecido por este Fundo que o setor privado, produtor de serviços de saúde irá se expandir, principalmente com a construção de novos Hospitais e instalação de novos leitos hospitalares.

Segundo Braga em agosto de 1977, tomando como fonte de informação uma tabela elaborada pela Caixa Econômica Federal (CEF) e FAS do total de recursos, propostos de financiamento e que foram aprovados pela diretoria da CEF para a área da Saúde, tinha-se que 79,7% eram do setor privado e 20,3% eram do setor público. E ainda afirmava: De fato, os contratos efetivados pela FAS apenas confirmam, segundo as informações disponíveis, a composição das propostas de financiamento que lhe são apresentadas: 73,8% pretendendo a instalação de leitos Hospitalares e 4,9% referentes a unidades de Saúde...⁽³⁾

Também em 1974 vai ser criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, desvinculando portanto a Previdência Social da área do Ministério do Trabalho, e, é ao mesmo tempo, conferindo a mesma um "status" institucional mais elevado, o que aliás fazia jus, por sua importância política e financeira^(3,65).

A observação a ser registrada sobre este fato, em função da linha de análise que está sendo desenvolvida, consiste em que a Assistência Médica previdenciária, (individual, curativa, privada e hegemonicamente hospitalar)⁽⁶⁵⁾ passa a ter em comparação com a saúde pública (coletiva-preventiva-estatal direta), também uma posição institucional de igualdade dentro do poder executivo do Estado brasileiro, além e principalmente de ter uma dotação orçamentária significativamente maior, a esta época.

Instituído o MPAS, uma das medidas iniciais deste Ministério, no tocante a questão da assistência médica, foi a edição e publicação da Portaria MPAS-39 de 5 de setembro de 1974 que implantava o então chamado Plano de Pronto Ação (P.P.A.)⁽³⁾ .

O PPA vai se caracterizar fundamentalmente como o "oxigênio" ou o catalizador do processo de expansão na assistência médica ambulatorial na década de 70, dentro da Previdência Social.

Expansão esta, verificada através dos Serviços Ambulatoriais não próprios do INPS, ou seja, contratados ou credenciados da rede privada de serviços.

Conforme Braga, no começo da década de 70, 83,4% das consultas ambulatoriais eram prestadas pelo próprio INPS, em 1976 esse percentual cai para 48,5%. O crescimento do número de consultas como um todo se acelera especialmente a partir de 1974, com o PPA; 59,8% em 1975 e 28,9% em 1976. Esse crescimento é feito basicamente através da rede ambulatorial não própria, cujo número de consultas cresce 230,9% em 75 e 59,8% em 76⁽³⁾.

Analisar e dissecar as lógicas e os interesses da elite estatal, (a esta altura "domiciliada" no aparelho de estado), dos grupos empresariais produtores de serviços e equipamentos e insumos, que alicerçaram a construção desta política e da prática que se desenvolveu após a edição do P.P.A., não é tarefa que se propõe ao momento.

O fato, é que a implantação do PPA, na sua vertente do Programa de Pronto Atendimento, na prática gerou o que no jargão de Assistência Médica Previdenciária se denominou simplificada e resumidamente de B.A.U. (Boletim de Atendimento de Urgência). Era este o instrumento formal-legal que comprovava a prestação do serviço feito para a remuneração financeira do mesmo.

Este programa foi fator desencadeante ou contribuinte, para que os serviços hospitalares abrigados na sua maioria no setor privado, sofressem uma transformação importante em termos de umas vocações e conseqüentemente de seus perfis, no que concerne a incorporação de equipamentos e recursos humanos.

Isto é, a vocação do Hospital, no sentido de se caracterizar, como uma unidade que presta serviços em regime de internação, diuturnamente a pacientes cujas patologias, por questão de gravidade ou por estágio evolutivo, vão exigir cuidados assistenciais diretos e "tecnologias" mais complexas, etc..., vai ser repartido (aquela vocação), com a lógica de um serviço de caráter ambulatorial.

Lógica esta que no caso em tela, vai se caracterizar pelo atendimento de uma grande quantidade de pessoas, em regime de "deambulação", com um consumo vertiginoso e desproporcional de exames complementares para diagnóstico e de medicamentos para terapêutica. Além de uma quantidade incomum de "retornos" desnecessários, que

aconteciam (mesmo porque os retornos também eram remunerados como uma nova consulta e portanto geravam novos BAUS)⁽³¹⁾.

A expansão desta atividade não vai requerer da "empresa" uma soma muito grande de investimentos, se comparados com a necessidade de recursos (humanos e equipamentos) para a expansão e de melhoria da assistência hospitalar.

É evidente que sob o raciocínio do "comércio" ou da mercantilização, e sob a ótica das possibilidades de maiores lucros em menor tempo, e com pouco "capital" sob risco, esta atividade dentro dos "negócios da saúde" vai progressivamente ganhando maior espaço no meio empresarial do setor. Agregue-se a isto, o fato de que a nível do INPS pouco se dispunha em termos de mecanismos para o controle e avaliação desta prática. Aliás, os existentes, ensejavam ou possibilitavam a ocorrência de grandes superfaturamento e toda a sorte de corrupção, para ganhos maiores⁽³¹⁾.

O que se constatou enfim, foi que o P.P.A., não teve a mesma virtude em relação ao nível de saúde da população, que teve em relação à "saúde-financeira" das empresas.

O P.P.A. se constituiu no entanto como uma política e prática de maior transcendência no processo de organização do sistema nacional de saúde, principalmente no que concerne ao modelo assistencial.

Pois, recuperando-se aquilo que até então se

colocou, de que necessário se faz a construção de um novo modelo, e que este necessariamente deve ser estribado em alguns princípios, e que dentre estes destaca-se o da "Integralidade das Ações de Saúde", e que segundo Machado(1991): "afirma-se historicamente como resultado da crítica feita à divisão de trabalho adotado pelo Estado, na prestação de Serviços de Saúde e à concepção dicotômica que orientaria a tal divisão, separando a prestação de serviços de alcance coletivo, da prestação de serviços de alcance individual"(36), tem que se admitir que o PPA em muito contribuiu à consolidação e expansão desta concepção dicotômica.

Retomando, ao se analisar o sub-setor de saúde pública, pode-se constatar o progressivo declínio e a perda da hegemonia deste no Sistema Nacional de Saúde.

Segundo Braga, foi entre 1961 e 1964 que se registraram as maiores participações do Ministério da Saúde no Orçamento Global da União desde a década de 60 até 1974: 4,57%, 4,31%, 4,10% e 3,65%; mas a tendência, como se vê, já era de diminuição... e a evolução global de despesas do Ministério, não apresenta até 1974 mais do que uma lenta recuperação do patamar real deprimido nos anos 60⁽³⁾.

Esta situação, aliás junto, de uma política deliberada, no pós-64 em relação ao desenvolvimento econômico e social a ser adotado no Brasil, onde as políticas e o desenvolvimento social ficaram a "reboque" ou na expectativa do desenvolvimento econômico, vai redundar em

termos da área de Saúde, no sucateamento e esvaziamento da rede pública de serviços de saúde, instalada no Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

De tal sorte, que no geral, e a nível do Estado de São Paulo, por exemplo, a imagem que esta rede tinha junto à população, era a de "postos de saúde" que aplicavam vacinas e distribuíram leite, e sem nenhuma resolubilidade em relação às demandas de patologia que incidiam nas pessoas (76).

Este fato, vai também contribuir para que se cristalizasse, a nível das clínicas e dos serviços de pronto socorro e de pronto atendimento do setor privado, como o "locus" de eleição para a prática da medicina individual curativa, reforçando a visão dicotômica.

No ano de 1975, acontece a V Conferência Nacional de Saúde em Brasília focalizando entre outros temas o Sistema Nacional de Saúde sob a inspiração ou determinação maior da Lei 6.229, editada em julho daquele ano, que dispunha "sobre a organização, do Sistema Nacional de Saúde, propondo a integração da medicina previdenciária e saúde pública através de rearticulação entre as diversas esferas de governo e entre os órgãos governamentais e setor privado (9,23).

No sentido da análise que se está desenvolvendo, a edição de tal documento legal, vai se constituir num marco referencial importante nesta discussão. Pois não obstante os sinais integradores e os outros avanços

importantes para o tratamento da questão da saúde a nível do estado brasileiro, ela vai também reafirmar, ainda que de forma ambígua, a polarização das práticas de saúde coletiva e medicina curativa individual. Pois confere ao Ministério da Saúde a promoção de ações preferencialmente voltadas para as medidas de interesse coletivo enquanto que atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social "principalmente o atendimento médico assistencial individualizado"(3).

Neste aspecto particular, a Lei 6.229 de 1975 vai conferir o respaldo jurídico ao que então ocorria no Sistema de Saúde, em relação ao modelo de assistência da medicina previdenciária.

Em 1977 vai ocorrer a efetivação de mais um passo do movimento burocrático-administrativo dentro da Previdência Social que foi a criação do Sistema Nacional de Previdência Social-SINPAS, através da edição da Lei 6.349. Como decorrência aparece no cenário da Assistência Médica Previdenciária a figura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, que "responsabilizar-se-á pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos, aos servidores do Estado, aos trabalhadores e empregados rurais e abrangerá também os serviços médicos mantidos pela Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.)(10).

O INAMPS irá se caracterizar como um "locus" próprio e exclusivo para o "tratamento de negócios de

saúde", que até então dentro do aparelho da Previdência, repartia a "saúde" (a nível do INPS), seus interesses com os interesses e necessidades dos outros benefícios da Seguridade Social.

Contudo, já a partir de 1976, começa-se a reconhecer oficialmente a crise do setor saúde. Crise do padrão de organização, que teve como característica fundamental a capitalização da medicina.

E a partir daí inicia-se a reciclagem ou as tentativas de reforma do mesmo.

É correto registrar, que mesmo em 1975, tomando como base de análise, os Anais da V Conferência Nacional de Saúde e a própria Lei 6.229, pode se perceber o aceno de alguns princípios indicadores ou norteadores de mudanças a serem efetivadas a nível do Sistema Nacional de Saúde. Por exemplo, propugnavam estes documentos que a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde teria de dar conta de três objetivos básicos:

a. integração das práticas de saúde-pública com as de medicina previdenciárias

b. rearticulação das unidades do setor público, e destas com as do setor privado

c. regionalização da assistência médico sanitária considerados os perfis epidemiológicos de cada área do país (9,23).

No Estado de São Paulo(1977), vai se processar uma tentativa inicial de integração com o INAMPS e

Secretaria de Saúde do Estado através do Convênio de Integração de Assistência Médica (CIAM), cujos princípios e diretrizes operacionais vão ser retomados posteriormente nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

A nível do Ministério da Saúde são lançados em 1976, dois grandes programas, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - II PRONAM - criado pelo Decreto nº 77116 de 6/2/76 e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, criado pelo decreto nº 78307 de 24/8/76, ambos destinados a atuar sobre as condições básicas de saúde da população. Como também foi referido anteriormente tivemos a nível do MPAS - o lançamento do Programa de Pronto Ação (P.P.A)(1974), todos trazendo no seu bojo, uma perspectiva de atenuar a crise que dava seus sinais dentro do setor.

Em 1980, vai acontecer a VII Conferência Nacional de Saúde, convocada com a finalidade de debater os temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Programa este elaborado em 1979, sob a responsabilidade dos Ministérios da Saúde e Previdência Social. O tema central da 7ª Conferência, foi a Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos⁽²⁴⁾.

O fato é que, em função dos interesses dos setores envolvidos no sistema e a composição das forças políticas e econômicas que atuavam, a 7ª Conferência Nacional de Saúde não foi suficiente no sentido de que o

PREV-SAÚDE fosse efetivamente implantado ou implementado a nível do Brasil. Embora correto no seu diagnóstico e apropriado em seu conteúdo técnico, em função dos princípios e diretrizes que recomendava, não se dispunha de condições políticas suficientemente fortes ao seu desenvolvimento. Posteriormente, esses princípios e diretrizes serão resgatados, na sua grande maioria.

Mas já no início de década de 80, a nível da relação do Estado com a sociedade brasileira algumas transformações importantes vão ocorrer. Em função inclusive de alguns movimentos que emergiam a esta época, como o da Anistia Ampla Geral e Irrestrita, o movimento pelas eleições livres e diretas a nível de todo o território nacional, consubstanciado posteriormente na campanha das "Diretas-Já", num cenário político institucional, que saia do estado de autoritarismo, para um estado de "distensão lenta e gradual" e de "abertura" política.

Neste contexto, podia-se perceber no bojo destes movimentos de redemocratização do Estado brasileiro, um elenco de outras reivindicações que contemplavam as áreas de cunho social, incluindo a saúde.

Em 1981, é criado a nível da Previdência Social, o Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - CONASP - que vai editar o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social que objetivada a reorganização de assistência médica da Previdência, denominado Plano CONASP⁽¹³⁾.

À respeito deste Plano tem-se a considerar que o mesmo foi edificado sob a sustentação de 4(quatro) grandes bases a saber:

1. Implantação do novo Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (S.A.M.H.P.S.), que se substanciava no modelo denominado pelo jargão previdenciário do Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), previamente testado em 1982, no estado do Paraná e posteriormente, implantado em todo o território Nacional.

Esta nova ordem de ação, procurava essencialmente dar conta dos desvios e distorções que ocorriam a nível da Assistência Médico-Hospitalar, e particularmente da forma de pagamento por prestação de serviços que o INAMPS efetuava para o setor privado.

2. Implantação de Programa de Racionalização do Atendimento AMbulatorial

- Que fundamentalmente procurava dar uma maior racionalização no que acontecia com o setor de atendimento ambulatorial de urgência; contratado que eram estes serviços, da rede privada do setor (Hospitais credenciados principalmente), que como já foi referidom teve seu grande momento de expansão com o Programa de Pronto Ação, e que vai se consolidar como um segmento importante (inclusive pelo volume de recursos financeiros mobilizados) nos chamados BAUs (Boletins de Atendimento de Urgência).

E estrategicamente se propunha, a inserção

da chamada rede pública na prestação destes serviços. Rede Pública constituída a esta época pelos Postos de Atendimento Médico do INAMPS (PAMs), os Centros de Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde e os Postos de Saúde da rede municipal, estes com uma densidade ainda pequena a esta época.

3. Celebração dos Convênios Trilaterais entre o nível federal (MS e MPAS, Ministério da Educação e Cultura -MEC) estadual e municipal substanciados inicialmente com o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS)⁽¹⁵⁾.

4. Desenvolvimento de uma política de recursos humanos a nível do INAMPS, com a criação de um Plano de cargos, carreira e salários.

Numa rápida avaliação do desenvolvimento das políticas estabelecidas pelo Plano CONASP, tem-se a registrar que no que tange à Racionalização do atendimento Ambulatorial, foram pontuais as tentativas existentes neste sentido. Não se observando também um sucesso significativo e de impacto nesta ação.

Uma das razões pode ser creditada à própria rede pública e as suas deficiências no sentido de assumir uma nova tarefa de tal dimensão.

No estado de São Paulo por exemplo, a rede própria do INAMPS (PAMs) embora dotado de recursos humanos e equipamentos satisfatórios, não atingia uma quantidade suficiente para uma cobertura maior, não atingindo a casa de 100 (cem) postos, no total dos 542 (quinhentos e quarenta e

dois) municípios do Estado. A nível da Região Metropolitana de São Paulo por exemplo, não passava de duas dezenas este número⁽⁴⁷⁾.

A rede municipal também, com raras excessões, se caracterizava como pouco densa e esvasiada de recursos humanos e equipamentos. Tal como a rede estadual de Centros de Saúde, havia passado por um processo histórico, de contenção e sucateamento nas últimas duas décadas.

Com uma rede física que não se expandiu à altura da necessidade ou do crescimento populacional, deteriorada, com falta de materiais permanentes e equipamentos, sem cobertura de medicamentos para a ação terapêutica, e desprovido e/ou desassistida de serviços de apoio para diagnóstico e tratamento. E ainda submetida a uma política de arrocho salarial e uma ausência de um plano de cargos e de carreira, que inevitavelmente levava ao esvasiamento e inoperância.

Portanto o deslocamento pretendido, do atendimento dos BAUs, dos ambulatórios, clínicas e prontos socorros dos Hospitais para esta rede pública, naqueles moldes referidos, não vai ter ressonância na vontade política das autoridades estaduais e municipais de então.

E acrescente-se a isto o fato de que, esta rede por tradição, vinha desenvolvendo (com grandes deficiências) as chamadas ações de saúde pública, não fazendo parte da cultura institucional este tipo de atendimento, que era solenemente desconhecido pela

Instituição. Desconhecimento este, que vai também ser fonte geradora de resistência.

Esta questão, está presente até o momento atual, e não foi ainda completamente resolvida, requerendo inclusive um conceitual teórico que a referencie decididamente. Havendo posições diversas e palpitantes, sobre como incorporar na chamada rede pública, sem que esta se descaracterize, no que se refere ao seu processo de trabalho adotado ou recomendado, a chamada medicina curativa individual(27,28,36).

Aliás, em grande medida, a preocupação do estudo em pauta, reside em vasta proporção nesta questão, como já foi referido anteriormente.

No mais, em relação ao Plano CONASP há que destacar que o chamado PAIS, vai evoluir moderadamente nos anos de 83 e 84, para a partir de 1985, já com a "Nova República", experimentar uma expansão e uma consolidação notável.

As Ações Integradas de Saúde (AIS), deixa de ser um programa, para se tornar uma estratégia importante as mudanças do setor(5,16,25).

Mesmo porque, há que se sinalizar, que a nível da vontade e da decisão política das autoridades estaduais e municipais da época, dentro das propostas advindas do Plano CONASP, o chamado Convênio Trilateral, foi a de maior apelo ou ressonância dentro destas instituições, e todo o esforço político-administrativo foi canalizado no

sentido da celebração do convênio das AIS.

Visto que, era uma fonte de recursos financeiros extra-orçamentários, de vital importância à recuperação da rede.

As AIS, teve um papel importante no cenário das mudanças ensejadas dentro do setor, porque entre outras constatações, pode se dizer, que é através dela, que uma das políticas que emergia também a este tempo no sentido de transformações, irá se consolidar, se edificar e se expandir. Fala-se aqui da municipalização dos serviços de saúde.

O Convênio das AIS, na medida em que celebrado, além de promover por parte do INAMPS o repasse de recursos financeiros, nos seus termos comprometia, ou "determinava" aos governos estaduais e municipais, um percentual de seu orçamento, em contrapartida, para a pasta da saúde⁽¹⁶⁾.

Sem a pretensão de esgotar aqui, a questão da Municipalização dos serviços de saúde, é preciso ressaltar um aspecto importante neste contexto, ou seja, que, como decorrência desta política de municipalização, (talvez, uma das mais implementadas), um novo ator vai surgir na prestação de serviços de saúde, que é o município.

E a importância disto reside talvez, não apenas na série de razões até então elencadas no sentido de justificá-la, mas na percepção de que, enquanto novo ator, não possui uma cultura ou uma tradição, ou raízes de

desenvolver um determinado modelo de atenção com hegemonia de um ou outro processo tecnológico de trabalho em saúde. E portanto são menores as resistências à construção de um modelo-assistencial, que contempla alguns princípios desejáveis, como por exemplo o da Integralidade das Ações.

Além do que a proximidade com a população e à necessidade de dar respostas rápidas e adequadas aos problemas de saúde que são demandados, também deverá conferir uma maior propriedade a esta tarefa.

Ainda em relação às Ações Integradas de saúde há que se destacar a questão da integração interinstitucional que irá ocorrer a nível das chamadas Comissões Interinstitucionais que são criadas em função dos Convênios celebrados. A CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde) a nível estadual, as CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) à nível de município, constituíam "foruns" de discussões, onde assentavam as instituições públicas, privadas e a representação da sociedade, que debatiam e encaminhavam os problemas de saúde, com uma abrangência maior, tratando inclusive das questões da medicina individual curativa e da saúde pública, que até então eram historicamente, financiadas, controladas, e discutidas em foruns diferentes⁽¹⁶⁾.

A nível do INAMPS, em 1986, outro fato importante vai acontecer no que se refere a assistência médica previdenciária.

Através do entendimento com a representação

das Entidades Filantrópicas, é modificado o modo de relacionamento do INAMPS com as Santas Casas de Misericórdias e Entidades Benéficas, com a rescisão dos contratos por prestação de serviços que até então vigoravam, e é instituído a modalidade convencional - "Convênio com as Entidades Filantrópicas"⁽⁴⁵⁾.

Com isto, universaliza-se a nível destes Hospitais, o atendimento médico Hospitalar, ou seja, estende-se para todo o conjunto da população, sem exceção, aqueles direitos, que até então eram restritos aos trabalhadores urbanos, formalmente empregados na força de trabalho produtivo.

Na perspectiva da construção de um modelo assistencial, regionalizado e Integrado isto se constitui, num instrumento facilitador, principalmente a nível do Estado de São Paulo, onde estas entidades praticamente detêm a maioria dos leitos hospitalares⁽⁴⁷⁾.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, vai acontecer em 1986, no embalo da ocorrência destes acontecimentos e da discussão destas questões, contando com uma participação inédita, não só de técnicos do setor, mas principalmente de segmentos representativos da sociedade brasileira⁽²⁵⁾.

Conferência esta, que consolida os avanços até então alcançados no setor, reforçando entre outros aspectos, as AIS, como uma estratégia importante no alcance do sistema Único de saúde, e identificando e conformando um

elenco de princípios e diretrizes, com uma abrangência tamanha, ao ponto de direcionar o movimento até então existente, no sentido de uma Reforma Sanitária, cujos pontos referenciais de luta e discussão, se localizavam no horizonte da Assembléia Nacional Constituintes e nos documentos legais ou atos administrativos subsequentes^(25,5).

É neste caminhar, que em 1987, o Decreto Lei nº 94.567, institui o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde a nível nacional - SUDS, consolidando de um lado as AIS e de outro lado, avançado nas políticas sub-setoriais um curso, como a descentralização, municipalização e integração⁽⁴⁾.

No estado de São Paulo por exemplo, o processo de municipalização dos Serviços de Saúde, principalmente dos Centros de Saúde, vai acontecer com a celebração do Convênio do SUDS, na maioria de seus municípios⁽⁶⁹⁾.

Finalmente, em 1988, como foi referido no capítulo da Introdução deste estudo, com a edição da Nova Carta Constitucional, a questão da saúde é capitulada como uma questão da seguridade social, e a ela dedica-se uma série de princípios que vão nortear o arcabouço político-administrativo, e organizacional do setor, e que vão estar regulamentados na Lei 8080 de 1990 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS⁽¹¹⁾.

O fato é, que a este tempo, em que se

pretende o encerramento deste capítulo, há que se concluir que o Setor Saúde na sua dimensão mais ampla, atravessa ainda uma crise, e que a construção do sistema Único nos moldes do que se preconizou na Constituição e nos outros documentos legais subsequentes, está ainda por vir, e dado as diversas possibilidades (do entendimento constitucional-legal) e os diferentes interesses corporativos, grupais, empresariais e outros em jogo a sua forma final é incognita.

Há conflitos, não há consenso, há inclusive embates a nível do poder judiciário, onde o poder executivo (federal e municipal) se questionam, sobre a propriedade constitucional e legal de determinados atos administrativos.

Há por parte do Ministério da Saúde, ao qual atualmente o INAMPS se subordina, um recrudescimento da política de Centralização (só para exemplificar), a situação é instável e o setor não experimenta um equilíbrio harmônico.

Talvez, o forum da IX Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada, poderá dar alguma solução a estas pendências, na medida da necessidade urgente, que elas requerem.

V - O MODELO ASSISTENCIAL E OS PAPÉIS INSTITUCIONAIS

Não obstante já se ter referido ao longo dos capítulos anteriores considerações sobre a questão do Modelo Assistencial, necessário se faz o reagrupamento das mesmas no sentido de melhor sistematizar a discussão, bem como discorrer sobre os papéis institucionais, ou seja o papel que cada uma de todas as instituições vinculados ao Sistema Único de Saúde, deve desempenhar na produção e distribuição dos serviços de saúde.

Assim, de início, entende-se como Modelo Assistencial a forma como estão organizados os Serviços de Saúde em um determinado espaço, com uma determinada população e como estes serviços, de complexidades tecnológicas diferentes e com processos de trabalho diferentes se relacionam entre si⁽³⁸⁾. E na medida em que esta organização, produção e distribuição de serviços de saúde se estribam em determinadas lógicas e princípios, o modelo assistencial vai possuir determinadas características que serão hegemônicas, ao ponto de permitir a sua configuração.

Neste sentido o Modelo Assistencial hegemônico no setor saúde do Brasil até nos meados da década de 1980 (senão ainda atualmente) apresentava como pontos críticos:

- "dicotomia entre as ações preventivas e

curativas...

- dicotomia entre o atendimento ambulatorial e hospitalar...

- dicotomia entre as ações de saúde pública e assistência médica...

- dicotomia entre a assistência à previdenciários... e a assistência a não previdenciários"...
(42,71)

E ainda, o entendimento presente era de que as Ações Preventivas objetivavam a defender a coletividade contra o risco da ocorrência do dano, eliminando os fatores que geravam risco e controlando a propagação das doenças transmissíveis⁽²⁾. E a demanda à estas ações era determinística, com práticas coletivas e individualmente típicas. Não é uma demanda sentida e na prática podia-se adaptar os programas às realidades da demanda e dos recursos.

As atividades portanto requerem frequentemente a autoridade do poder público à sua aplicação e são passíveis da definição em termos de custo e orçamentação⁽²⁾, além de outras características.

Ainda segundo Almeida(1979) as "Ações Curativas visam à recuperação ao convívio social. E a demanda por estas ações e consequentemente as próprias ações vão ter características próprias e diferentes daquelas das "Preventivas"⁽²⁾.

E embora não se concorde com a totalidade

das teses apresentadas pelo referido autor, fica o registro, como sinalização das dificuldades existentes na tentativa de superação desta dicotomia constatada dentro do setor saúde.

Mesmo porque, por exemplo, o autor retro-referido, em síntese advogava a idéia desta dicotomia, com a posição de que esta separação era necessária, e que ao Estado deveria caber às Ações Preventivas, e ao setor privado da Saúde às Ações Curativas. Este modelo assistencial como se viu no capítulo anterior se consolidou e alcançou sua hegemonia no segmento da assistência médica previdenciária nos moldes referidos, trazendo no seu bojo, (porque também se objetivava) a expansão capitalista dentro do setor⁽³⁾.

Alguns autores sugerem que as bases conceituais que vão subsidiar e dar substância à forma operacional deste modelo hegemônico referido, guardam analogias e adotam alguns dos princípios recomendados por Flexener (1910), quando da reforma do Ensino Médico ocorrida nos Estados Unidos, nas primeiras décadas deste século⁽²⁹⁾. E que segundo Vilaça (1989), resumiam-se basicamente nos seguintes:

- Mecanicismo
- Biologismo
- Individualismo
- Especialismo
- Exclusão das Práticas Alternativas
- Tecnificação do Ato médico

- Ênfase no curativo⁽³⁷⁾

Segundo Novaes (1990), "o modelo flexneriano recomenda uma formação sólida em ciências básicas através de disciplinas como Anatomia Descritiva e Topográfica, Fisiologia, Bioquímica, Patologia, Farmacologia, Histoembriologia e Bacteriologia...

Os aspectos preventivos e promocionais da saúde não são tratados com grande entusiasmo..."⁽⁵⁵⁾.

Por outro lado, segundo alguns autores, um contraponto interessante a este "Modelo Flexeneriano", pode ser retirado de Dawson (1920) quando da elaboração das Normas e Diretrizes à construção do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra no pós-guerra. E que segundo Vilaça (1989) adotava os seguintes princípios, dentro de um paradigma que foi denominado de Regionalizado:

- Holismo
- Determinação Social do processo saúde-doença
- Coletivismo
- Equilíbrio geral/especializado
- Inclusão de práticas alternativas
- Tecnologia adequada
- Integralidade da atenção⁽³⁷⁾.

Princípios êstes que trazem implicitamente alguns conteúdos de regionalização, integração (preventiva-curativa) acessibilidade, referência, contrareferência e outros^(37,39).

Vale também como referência, a citação do

documento básico do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que em agosto de 1980, vêm a introduzir no cenário das discussões referentes à organização do Sistema Nacional de Saúde alguns princípios e diretrizes que têm a ver com a questão do Modelo Assistencial e os papéis institucionais⁽¹⁴⁾.

Assim o documento publicado pelo Ministério da Saúde e pelo MPAS, em conjunto com o Ministério do Interior e Secretaria do Planejamento da Presidência da República dizia:

São objetivos do Programa:

a. No referente à atenção às pessoas:

- **estender a cobertura de serviços básicos de saúde à toda população.**

- **reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes pela reordenação da oferta de serviços, implicando na redução os custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis.**

Mais adiante, no capítulo 2, da "Abrangência, Prioridades e Diretrizes", o documento emendava: O Programa incorporará todas as instituições de saúde do setor público e as do setor privado que atenderem a determinados critérios.

Os serviços básicos de saúde constituirão o eixo das ações a serem desenvolvidas, revestindo-se de absoluta prioridade em relação aos níveis mais complexos,

que lhes dão apoio. Entende-se Serviços básicos de Saúde, aqueles essenciais ao atendimento das necessidades de saúde básica da população de determinada área. No âmbito da atenção às pessoas, abrangem os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada, em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia) e em especialidades estratégicas; o atendimento de emergência, provido de leitos de observação; e o internamento em Unidades Mistas". Além do que também listava como prioridades, o desenvolvimento concomitante das atividades de alcance coletivo, a nível desta rede⁽¹⁴⁾.

No capítulo retro-referido que tratava do "Esquema Operacional", a questão por exemplo dos níveis de atenção, regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde era discutida com uma pormenorização maior.

Assim, se ao serviços básicos de saúde competia o desenvolvimento do chamado Nível Primário de Atenção, (Atenção Primária), previa-se também a existência dos chamados níveis secundários e terciários, como os serviços de apoio ambulatorial e hospitalar ao Nível Primário⁽¹⁴⁾.

Além do que também se delineava a definição e as competências dos serviços existentes no setor saúde, no que concerne a estes níveis de atenção.

Competências estas, que na VIII Conferência

Nacional da Saúde, e no bojo do movimento da Reforma Sanitária brasileira, vão ficar definitivamente consolidadas. Onde, os chamados Serviços Básicos de Saúde (Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, etc.), devem responder pelo primeiro nível do Atendimento, o nível primário, (desenvolvendo inclusive o Serviço de Pronto Atendimento). Sendo que à competência gerencial, ,destes serviços públicos ficariam à guarida do poder municipal, através das prefeituras^(5,25).

Os Serviços dos Níveis Secundários, caracterizados como os do atendimento ambulatorial especializado e das internações hospitalares (gerais) ficam à competência de unidades ambulatoriais e hospitalares dos serviços privados, fundamentalmente.

Os Serviços do chamado Nível Terciário, constituído dos Hospitais Especializados e "Institutos", seria papel a ser desempenhado pelo setor público.

Depreende-se, do que se colocou até então, que o momento atual, se configura como um momento de transição ou de mudanças, que estão sendo buscadas no que tange a forma de organização, produção e financiamento do Sistema nacional de Saúde.

Assim, no contexto destas preocupações, podemos adiantar, que a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), vem apresentar recentemente a proposta dos chamados Sistemas

Locais de Saúde (SILOS), como a base ou a unidade operacional do Sistema Nacional de Saúde⁽⁵⁹⁾.

E o referencial teórico-conceitual, que embasa, com princípios e diretrizes, a operacionalização desta unidade, enfoca especificamente entre outras, a questão da lógica, que deve sustentar a forma de produção dos Serviços de Saúde, sob dois cortes ou dois aspectos, o primeiro da lógica econômica, e o segundo da lógica da demanda. E, é da intersecção destas duas lógicas, que deverá sair as balisas do modelo assistencial hegemônico dentro do sistema⁽³⁷⁾.

Ou seja, o Modelo-Assistencial hegemonicamente vigente se estrutura através da lógica do lucro, que deve existir em função do desenvolvimento das atividades de prestação de serviços, delegados ao setor privado, e privilegiando o atendimento da demanda de caráter individual e curativo.

O que se pretende é a hegemonia de um modelo cuja lógica seja a do retorno social e o enfoque do atendimento em relação à demanda, seja o de caráter coletivo. Além de paralelamente serem cumpridos a implantação de outros princípios de aspecto organizacional, administrativo e técnico operativo, tais como:

- gerência única.
- participação da sociedade.
- regionalização.
- Integração.

- Hierarquização.
- Planejamento local das ações, utilizando-se critérios epidemiológicos.
- outros^(37,39)

Nesta concepção, delega-se à competência das prefeituras municipais como regra geral, a operacionalização da rede dos serviços básicos de saúde, a qual deve ser responsável pela Atenção Primária à Saúde. Recomendando-se que na definição das atividades a serem desenvolvidas à nível destes serviços, se considere, o privilegiamento, (não exclusividade), das ações de caráter coletivo, isto é, voltados para aquelas patologias de altos coeficientes de morbi-mortalidade na população e também para determinados grupos populacionais que na população tem um risco social e/ou biológico maior de adoecer e morrer, utilizando-se para tanto o instrumental da Epidemiologia, da Clínica e da Administração para o estabelecimento destes grupos e patologias bem como para a definição destas atividades. Enfatizando-se inclusive, a preocupação de se definir os fatores de risco presentes, para os quais as ações e atividades estariam preferencialmente voltadas. É a chamada Atuação Programática⁽⁴¹⁾.

Em se compreendendo e aceitando estes princípios retro-referidos, pode-se perceber, que nesta forma de atuação há que se ter espaço e oportunidades próprias, para o desenvolvimento de ações, tanto de caráter de promoção e proteção de saúde, como de diagnóstico,

magnitude e o volume que até então se assistia ou se assiste nos chamados B.A.U.(s).

Espera-se uma quantidade bem menor, pois neste processo racionalizador - modificador da produção dos Serviços de Saúde, o Pronto Atendimento ambulatorial de um Serviço Hospitalar deve acontecer em função da população que têm este serviço como o local mais próximo (mais acessível) de sua residência e trabalho. Além do que, também se prevê com o atendimento ambulatorial destes Hospitais, (sob o critério de complementariedade necessária) aquele de caráter especializado, com tecnologia mais complexa, e de preferência como um serviço de apoio ou de referência às Unidades Básicas de Saúde, no contexto da regionalização, hierarquização e integração⁽⁴⁴⁾.

Esta colocação portanto, descortina um grande desafio a ser superado, neste processo de reforma sanitária. Ou seja, desenvolver a nível dos chamados Serviços Básicos de Saúde, uma programação ou um programa de trabalho que contemple os problemas coletivos, e ao mesmo tempo e local prestar o pronto atendimento as patologias que emergjam no dia a dia da população^(27,36).

E a preocupação neste trabalho, refere-se especificamente ao segundo aspecto, que é o do Pronto Atendimento. E o deslocamento desejável deste atendimento, até então hegemonicamente desenvolvido (pelo menos a nível do Estado de São Paulo e principalmente do Município de São Paulo) pelos "B.A.U.(s)" dos Hospitais Privados para a rede

de Serviços Básicos de Saúde, constitui-se num dos pilares básicos desta reorganização.

Assim sendo, acredita-se, que conhecer o perfil da demanda destes serviços de pronto atendimento, segundo algumas variáveis, poderia se constituir em uma contribuição importante para esta questão.

Contudo pensa-se que o conhecimento pretendido do perfil desta demanda, deverá ser mais apropriadamente buscado, a nível dos serviços que tradicionalmente e historicamente desenvolvem este atendimento. Mesmo porquê, a transferência desta vocação à rede de Serviços Básicos, certamente ainda não ocorreu na sua plenitude. E mesmo que já se tenha, operando nesta rede, muitas unidades com este perfil, a própria população ainda não tem como costume ou hábito, a procura dos mesmos para esta necessidade. Visto que, como já referimos, a imagem, destas unidades, que a cultura popular a cultiva, a resolubilidade é quase ausente.

E mesmo os estudos existentes sobre a demanda destas unidades são pontuais, e a maioria refere-se a uma época, que este tipo de demanda para as Unidades Básicas de Saúde, era ou insignificante, frente ao volume existente ou ainda constituída em sua grande maioria de crianças, mulheres em idade fértil e velhos.

Por isto acredita-se, ser mais próprio, à esta altura do processo, conhecer a verdadeira e real dimensão e características desta demanda num locus onde

realmente ela vem acontecendo.

E, por isto, optou-se por fazê-lo a nível do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Umberto Primo (H.U.P.), localizado no município de São Paulo.

VI - OBJETIVOS

VI.1 Objetivo Geral:

O estudo da demanda dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, como subsídio à descentralização e regionalização de serviços de saúde.

VI.2 Objetivo Específico:

Caracterizar a demanda dos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I segundo as seguintes variáveis:

- procedência
- diagnóstico
- sexo
- idade
- encaminhamentos
- procedimentos
- horário de atendimento

VII - MATERIAL E MÉTODOS

O material a ser apropriado vem a ser o conjunto de pacientes que demandam os serviços ambulatoriais (de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento) do Hospital Umberto I.

E esta apropriação deverá ser feita através de uma ficha, denominada Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.) do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SIA-SUDS-SP). Sistema esse implantado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o qual será mais detalhado nos capítulos posteriores.

Com o intuito de melhor compreender e discutir a questão referente ao material e método é necessário que se preste algumas informações que são preliminares, sobre o Hospital Umberto I com seus Serviços de Pronto Socorro e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUDS-SP, que têm como instrumento básico a Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.) que será a fonte dos dados a serem analisados.

O Hospital Umberto I

O Hospital Umberto I, antes conhecido como Hospital "Matarazzo", foi fundado pela colônia italiana do Município de São Paulo e inaugurado em 1904, com a finalidade de atender aos imigrantes italianos da época. Situa-se na região Central do município de São Paulo, com seus diversos pavilhões distribuídos numa área de 32 (trinta e dois) mil metros quadrados⁽⁷⁴⁾.

Iniciou seu funcionamento sob o estatuto de uma Sociedade Beneficente e ao longo de sua trajetória seguiu praticamente o mesmo caminho ou "descaminhos" das Entidades e beneficentes no cenário nacional, sendo que neste sentido a prestação de seus serviços deixou de ser restrita apenas aos "Associados" da Sociedade Beneficente e ampliou-se para a população, não de forma universalizada, mas de forma pontuada, através dos Convênios e contratos, onde se destaca neste particular o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ao longo de seu percurso, o Hospital vai sofrer ao final de 1985 e início de 1986, uma grave crise financeira e institucional que levou-o a praticamente paralisar suas atividades no 1º semestre de 1986. A sua reavivagem irá acontecer graças ao esforço conjunto do Governo Federal através do INAMPS, do Governo Estadual através da Secretaria de Saúde, da comunidade italiana e dos funcionários da Instituição, com o aporte de recursos

financeiros e com reforma de seus Estatutos, onde se instituiu para a direção do Hospital a figura da Co-Gestão; com o poder público assentando no Conselho Diretor da mesma, através da Secretaria de Saúde de Estado e da Prefeitura Municipal^(62,74).

Em novembro de 1988, houve nova alteração do Estatuto com mudança de sua figura jurídica e da composição do Conselho Diretor. A Sociedade foi transformada na Fundação Hospital Italo Brasileiro Umberto I, tendo um Conselho de Curadores composto por 1(hum) representante designado pelo Governador do Estado de São Paulo, 2(dois) representantes da Secretaria de Saúde do Estado (SUDS-SP), 3(tres) representantes do Conselho Consultivo (constituído pelos associados, inclusive aqueles da antiga sociedade), e 3(três) representantes dos funcionários, sendo 1(um) médico. Está prevista ainda, pelo Estatuto da Fundação, 1(um) representante dos usuários⁽⁷⁴⁾.

Nos termos das informações colhidas no projeto elaborado para o Hospital, tem-se que o mesmo "oferece hoje um serviço público gratuito, destinado à população contribuinte ou não da Previdência Social, subordinando as indicações, as práticas e a qualidade dos procedimentos médico-hospitalares e administrativos, rigorosamente à recuperação de saúde dos seus usuários e a preservação da coisa e causa públicas, viabilizando por um modelo gerencial ágil e participativo, graças à sua condição de Fundação sob co-gestão pública"⁽⁷⁴⁾.

Trata-se portanto, de uma situação singular, onde o Hospital pode ser caracterizado como um serviço público não estatal.

No mais, pode-se ainda, nos termos do referido Projeto⁽⁷⁴⁾, acrescentar alguns outros aspectos importantes à caracterização do referido Hospital, tais como:

- "Situa-se próximo à Av. Paulista, na área de abrangência da Coordenadoria de Saúde da Macro-Região 1(CRS-1) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo", mais especificamente falando, no ERSÁ-SUDS-1 ou SUDS-Centro. Esta é uma região, considerada como uma expansão do centro comercial da cidade de São Paulo, e importante centro financeiro do país. Há uma população residente considerada da classe média à média alta, e uma população flutuante, que trabalha e circula nos diversos postos de serviços e comércio existente na região. Há que se registrar também a presença de contingente populacional significativo residente na região central e pericentral, de característica média ou média-baixa, que residem nos inúmeros "cortiços" existentes na região⁽⁶⁷⁾.

- O Hospital Umberto I "é eminentemente cirúrgico, prestando atendimento de nível terciário e quaternário, sendo sua clientela referenciada pelo SUDS, através dos Postos de Atendimento(PAM), Centros de Saúde e Hospitais Públicos".

- "O Hospital possui 412 (quatrocentos e

doze) leitos, sendo 374 (trezentos e setenta e quatro) destinados a clientela universalizada, e 38 (trinta e oito) destinados a pacientes particulares ou convênios".

- "O atendimento externo (Ambulatórios de especialidades e Pronto Socorro) é totalmente dirigido à clientela universalizada, atendendo a demanda encaminhada de toda a região metropolitana de São Paulo, que abrange 34 (trinta e quatro) municípios, com uma população estimada de 17 (dezessete) milhões de habitantes".

Como "porta de entrada" do Hospital pode ser referido o Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Infantil e de Gineco-Obstetricia além do Ambulatório de Especialidades Adulto, com especialidades clínicas e cirúrgicas: Ortopedia e Traumatologia, Nefrologia, Urologia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Proctologia, Cirurgia Geral, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Pneumologia, Hematologia, Dermatologia, Cirurgia Buco Maxilo Facial, Cirurgia Plástica.

Há também, Ambulatório Infantil de Especialidades com Cardiologia, Neurologia, Gastroenterologia, Psicologia, Oncologia, Neonatologia, Endocrinologia, Hematologia e Cirurgia Infantil e, finalmente o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, com Pré-Natal (e Alto Risco), Oncologia Ginecológica e Ginecologia Geral, onde também funciona o Pronto Socorro de Gineco-Obstetricia para a demanda espontânea.

Como serviços de apoio Diagnóstico e Terapêutico possui serviços próprios e de terceiros. Entre os próprios têm-se:

- Centro de Diálise (Hemodiálise, diálise peritoneal e C.A.P.D.)
- Quimioterapia
- Cirurgia Ambulatorial - geral e ginecológica

No rol dos Serviços de Terceiros se encontram:

- Endoscopia
- Ultrasonografia
- Ecocardiografia
- Eletrocardiografia e Ergometria
- Laser (Oftalmologia)
- Radiologia (parte do serviço é próprio)
- Laboratório de Análises (parte do Serviço é próprio)
- Anatomia Patológica
- Banco de Sangue (Fundação estatal - Hemocentro)

O Hospital conta ainda com 4 (quatro) Centros Cirúrgicos, sendo:

1. Centro Cirúrgico Geral com 7(sete) salas, para cirurgias de urgência e eletivos.
2. Centro Cirúrgico Cardíaco com 1 sala para cirurgias cardíacas e vasculares arteriais.

3. Centro Cirúrgico de Queimados: com 2(duas) salas para cirurgia de Queimados, com 20(vinte) leitos e Unidade de Terapia Intensiva(UTI) com 2(dois) leitos.

4. Centro Obstétrico: para partos e cirurgia ginecológica, com 4(quatro) salas

Dispõem também de 4(quatro) unidades de Cuidados Intensivos com:

1. Unidade de Terapia Intensiva - (UTI)
Geral: 8(oito) leitos

2. Unidade de Terapia Intensiva - (UTI)
Cardíaca: 8(oito) leitos

3. Unidade de Terapia Intensiva - (UTI) -
Pediátrica: 6(seis) leitos

4. Cuidados Intensivos Neonatológicos:
15(quinze) leitos

No seu quadro geral de pessoal, o Hospital têm 1900 (hum mil e novecentos) funcionários sendo 50%(cincoenta) de pessoal técnico (área de enfermagem), 15% pessoal médico, e o restante de pessoal administrativo.

De um modo geral a clientela universalizada e "gratuíta", representa 98% (noventa e oito) da demanda dos serviços. O financiamento é obtida com receitas próprias através dos serviços prestados para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo (SUDS-SP), que corresponde a 96%(noventa e seis) do total, os 4%(quatro) restantes são provenientes da clientela particular e outros

convênios⁽⁷⁴⁾.

A título ainda de caracterizar o Hospital, há que se destacar que uma segunda análise estatística realizada, com os pacientes atendidos nos Serviços de Internação e de Ambulatório de Especialidade, a procedência dos mesmos, se concentra principalmente na Zona Sul da cidade, (área correspondente ao Escritório Regional de Saúde da Secretaria de Estado - (ERSA-8), secundada pela Zona Leste - (ERSA-5), Zona Oeste - (ERSA-2) e Zona Norte - (ERSA-7), sucessivamente⁽⁷⁴⁾. Embora formalmente, o Hospital deveria ser de referência para a área do ERS-1.

Portanto, no caso em tela, considerando as suas características, institucionais, e o perfil de seus serviços e os propósitos, objetivos e principalmente os princípios e normas que norteiam a linha gerencial condutora do Hospital, têm-se que o mesmo é um "locus" adequado ao estudo proposto.

Mesmo porque, se aceita que o mesmo não pratica o uso ou abuso de irregularidades, tais como de recusar pacientes ou inventá-los, agravar diagnósticos, sub-registrar, ou registrar de qualquer outra forma capciosa, os fatos e eventos que ocorrem no dia a dia do atendimento de seus serviços de Pronto-Socorro⁽⁶¹⁾.

No estudo a ser desenvolvido, o objeto a ser verificado não é efetivamente o conjunto de todos os serviços que são prestados pelo Hospital, conforme o descrito nos parágrafos anteriores, mas apenas, os Serviços

de Pronto Socorro Adulto, Infantil, e de Gineco-Obstetrícia.

Pois, o fato é que a demanda espontânea, que ocorre a nível conjunto Hospitalar Umberto I, tem como portas de entradas ou de atendimento estes 3(três) locais.

O Pronto Socorro de Adulto que atende as queixas de Adultos (pessoas maiores de 14 anos) de qualquer natureza, excetuando-se as queixas ginecológicas e obstétricas, que são encaminhadas ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. O Pronto Socorro Infantil, que atende a demanda de crianças, menores de 14(quatorze) anos excetuando as de natureza traumático-ortopédicas que são atendidas no Serviço de Pronto Socorro de Adultos, e o citado Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia que atende às mulheres, nas suas queixas ginecológicas e obstétricas.

Estes 3(três) serviços atendem a uma média mensal de 13.000(treze) pacientes, sendo que destes 10.000(dez) mil são de Pronto Socorro de Adulto, 2.000(dois) mil do Infantil e 1.000(hum) mil do Gineco-Obstetrícia.

O serviço de Pronto Socorro de Adulto funciona durante todos os dias da semana, durante 24(vinte e quatro horas), com 4(quatro) consultorios para o atendimento, além de 1(uma) sala de ortopedia (com sala de gesso), uma sala para o atendimento cirurgico (pequenas cirurgias) e uma sala para procedimentos voltados a correções buco-maxilares (cirurgia buco-maxilar). Além disto, dispõe de "macas-leito" para observação, uma sala para aplicação de tratamentos

outros, e uma retaguarda de leitos hospitalares, própria do PS, constituída de 30(trinta) leitos cirúrgicos e 20(vinte) leitos para clínica médica.

Conta com 4(quatro) clínicos e 3(três) cirurgias de plantão permanente e também 1(um) ortopedista, 1(um) cirurgião buco-maxilar e 1(um) neuro-cirurgião.

O paciente ao chegar ao serviço, dependendo da "gravidade" relatada e vista, é encaminhado diretamente ao atendimento, sendo posteriormente preenchida a Ficha de Atendimento Ambulatorial(F.A.A.) segundo o modelo, nos moldes adotado pelo sistema SIA-SUDS-SP. Os pacientes, que não se caracterizam com emergência prestam informações preliminares para o preenchimento da referida ficha. Neste serviço, a não ser que haja desdobramentos futuros, do atendimento feito, não são abertos os prontuários.

O atendimento prestado nesta oportunidade é todo registrado nesta ficha. Ficha esta, que irá constituir a fonte de informação das características do nosso material, e que é encaminhada ao Serviço de Contabilidade e Finanças (faturamento) para as devidas transcrições e elaboração da Nota de Serviço/Boletim de Produção/Fatura Mensal, que posteriormente será encaminhada ao SUDS-1, para efeito de pagamento, ou de repasses financeiros a serem feitos em função dos serviços prestados no mês.

Após esta utilização, a segunda via da ficha é encaminhada para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística, onde ficará arquivada, inclusive, a disposição dos

mecanismos de controle, desenvolvidos pela Unidade de Avaliação e Controle do SUDS-1. A primeira via é encaminhada ao SUDS, em lotes de 100(cem), a cada dez dias.

O Pronto Socorro Infantil tem a mesma sistemática destes atendimentos retro-referidos e os registros dos mesmos, obedecem a mesma ordem do Pronto Socorro de Adulto. Quanto ao serviço de Pronto Socorro de Gineco-Obstetrícia, também funciona da mesma maneira que os outros.

Um fato de relevante importância, é que os "casos" que procuram os 3(três) serviços, e que cujas patologias vão requerer internação imediata nos leitos das enfermarias do Hospital Umberto I, não têm suas F.A.A. preenchidas, na medida em que os serviços prestados pelo Hospital ao paciente, serão remunerados posteriormente, através de pagamento feito pelo INAMPS, dentro do Sistema estabelecido, que é o da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Isto, sem dúvida, constitui-se em fator limitante, dentro da metodologia adotada, para o alcance do objetivo geral que é o de conhecer o perfil da demanda destes serviços de Pronto Socorro, pois estes casos não farão parte do Universo do estudo, e que têm ou devem ter características específicas e eventualmente até diferentes dos demais casos.

Todavia esta perda, não quantificada, inevitável (tendo em vista a metodologia eleita) vem de encontro a alguns dos propósitos e dos pressupostos que se tinha em mente, quando da decisão de levar a cabo este estudo.

SICAPS e o
físico-orçame
nos seus asp
Além do que
nos F.A.A., e
contrôle e
serviços de s

A

averiguou, es
de Serviços
meados de 19
pontual esta
recursos fina
função do Con
plano municip
que a nível
todo o ano de

As

receberam co
informatizaçã
dados que ob
perfil da d
saúde".

No p

2ª Via da F.A
Arquivo Médico
apropriados os

Pois na medida em que se extrai
casos referidos, que se aceita como graves
jus a uma internação de emergência e não
com um "material" a ser estudado que, salvo
prestará a comparabilidade a ser feita
espontânea que é atendida na rede de un
saúde, na perspectiva do deslocamento des
atendimento do Serviço Ambulatorial Ho
Unidade Básica de Saúde.

Ou seja têm-se em mãos uma cli
ambulatorial plena, considerando o proces
do seu início ao fim (encaminhamento).

Acrescente-se ainda, nesta fa
limitações do método para o alcance plen
fato de que, as próprias variáveis a sere
o conhecimento desta demanda, não fo
definidas no processo, e sim, a priori, pe

Isto é, serão considerados e e
variáveis que constem nos campos de preen
um tipo de informação indireta, prestada
serão aceita sem nenhuma interferência do

O Sistema SIA-SUDS-SP

O Sistema de Informação Ambul
teve seu processo de implantação inici
1989. Ele se baseou fundamentalment
Informações e Contrôle Ambulatorial da F

- Horário de atendimento
- Sexo
- Idade
- Endereço - Bairro - Município
- Diagnóstico feito segundo a Classificação Internacional das Doenças, 9ª revisão CID-9ª
- Procedimento
- Encaminhamento na Unidade
- Encaminhamento a outra Unidade

As informações coletadas nos referidos campos foram transportadas para um sistema de gerenciamento de dados, informatizado e a partir daí se elaborou os diversos cruzamentos e correlações a serem analisados e discutidos.

- Do Plano Amostral -

1 - Universo de estudo e variáveis observadas

O levantamento teve como objeto as consultas efetuadas no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Umberto Primo durante o ano de 1990, separadas em 3 populações distintas: atendimento de adulto, atendimento infantil e atendimento gineco-obstétrico.

Desejando-se conhecer o perfil da demanda, considerou-se prioritário estimar a distribuição das variáveis, diagnóstico e local de residência, nas três populações de pronto atendimento acima referidas.

As variáveis sexo e idade foram utilizadas para

estabelecer, na amostra, os domínios através dos quais serão obtidos os níveis de prevalência para os diagnósticos.

2 - Tamanho da amostra

Para cada população deseja-se estimar tabelas de frequências simples cujos totais foram o número de consultas sorteadas e consideradas adequadas para o desenvolvimento do estudo. Trata-se portanto, de sob o nível de confiança de 95%, obter estimativas de frequências para variáveis qualitativas.

A precisão das estimativas foi fixada admitindo-se que 95% dos resultados não estivessem afastados da frequência real por mais que 5%; e que o número mínimo de consultas calculado para estimar uma frequência, antecipada como igual a 0,50, preservará essa precisão para as demais estimativas.

Assim o número mínimo de consultas sorteadas em cada população é determinado pela expressão:

$$n = \frac{0,50 \times 0,50}{0,0502 \times 1,9602} = 386$$

onde: 0,50 é a proporção antecipada para o diagnóstico de maior frequência;

0,05 é o valor absoluto admitido para a diferença entre as diversas estimativas e os valores reais das frequências estudadas;

1,96 é o valor da distribuição amostral, que corresponde ao nível de confiança de 95%.

Introduzindo correção, para perdas de consultas sorteadas, no nível de 20%, definiu-se sortear 483 consultas em cada população.

3 - Sorteio da amostra

Foram sorteadas 480 (Quatrocentas e oitenta) consultas do total de Boletins de Atendimento Ambulatorial registrados em cada PA. O sorteio automático com intervalo constante e independente para cada mês determinava uma amostra auto-ponderada de, no mínimo, 400(quatrocentas) consultas para cada população. Contudo foram coletadas em média 285 fichas de cada serviço. Esta perda ocorrida, se justifica em função de que o universo da fichas correspondentes aos meses de fevereiro, março, novembro e dezembro de 1990, foi totalmente inutilizado por problemas de hidráulica ocorridos na sala do arquivo.

Apesar desta ocorrência, o estudo foi mantido com os dados disponíveis levando em consideração que não se dispunha de tempo disponível para se refazer um novo plano amostral, que certamente iria implicar em novas fichas a serem coletadas e a inevitável perda do trabalho até então já feito de digitação das fichas coletadas no arquivo do banco de dados.

E também em função do esclarecimento obtido junto a especialistas em plano amostral à respeito da perda ocorrida e a interferência nas conclusões advindas da análise dos resultados.

Que considerando a natureza do trabalho e seus objetivos concluíram que apesar disto, poder-se-ia tirar dos dados inferências e "conclusões" indicativas, sem

maiores prejuízos.

VIII - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Preliminarmente à apresentação e discussão dos resultados encontrados optou-se por acrescentar algumas informações no sentido de aclarar melhor o objeto e metodologia do trabalho e também para melhor se compreender a discussão a ser desenvolvida.

Assim, há que se colocar que a opção de analisar além do Serviço de Pronto Atendimento de Adultos, os de Crianças e de Gineco-obstetrícia se fundamentou na razão de que se procurava conhecer as características do Pronto Atendimento de um hospital qualificado de complexidade alta, com a perspectiva de se ter a partir daí, uma base que propiciasse elementos, mesmo que preliminares, para aprofundar o conhecimento e a discussão sobre a questão de Pronto Atendimento e a Integralidade das Ações e Regionalização dos Serviços de Saúde.

E é fato sabido e reconhecido que a clientela que demanda a rede de Unidades Básicas de Saúde é constituída na sua predominância por mulheres e crianças^(17,28,32,33,34,64,77,78,79), assim sendo, justifica-se a presença destes dois segmentos no estudo.

E também em função do esclarecimento obtido junto a especialistas em plano amostral à respeito da perda ocorrida e a interferência nas conclusões advindas da

análise dos resultados.

Que considerando a natureza do trabalho e seus objetivos concluíram que apesar disto, poder-se-ia tirar dos dados inferências e "conclusões" indicativas, sem maiores prejuízos.

E conforme se anunciou a análise a ser feita será em separado para cada um dos serviços, mesmo porque se entende que a demanda existente nos mesmos têm algumas características próprias e diferentes que justificam esta opção.

Além do que a sistemática de funcionamentos dos serviços e o próprio registro e arquivamento dos F.A.A., (feitos em separado para cada um dos Prontos Atendimentos) constituem fatores não insuperáveis, mas indutores desta alternativa.

Outra colocação de primordial importância deve ser feita sobre esta apresentação e discussão.

Assim, (dispunha-se, de um lado, de um número relativamente grande de variáveis (7) que foram coletados e arquivados no banco de gerenciamento de dados e de outro lado, tendo em conta o estágio atual da Informática eletrônica, dispunha-se de máquinas, com inúmeros programas estatísticos disponíveis, para o tratamento de variáveis, com "infinitas" possibilidades.

Era necessário portanto definir em eixo central que permitisse um caminhar seguro e não dispersivo na apropriação e discussão dos dados.

E esta definição foi buscada num dos pressupostos aventados quando das justificativas apresentadas, e diz respeito ao princípio ou a questão da regionalização dos serviços. E acrescentado ainda a constatação feita de que o Hospital Umberto I, localiza-se na região Central do município ou seja do ERSAS-1.

E embora sendo um Hospital de complexidade alta e de referência, tem-se que o segmento que está em análise neste estudo, é um segmento típico de atendimento-ambulatorial (Pronto Atendimento) e não Hospitalar. E ainda um Pronto Atendimento (como já se observou) do qual foi extraído, aqueles casos considerados graves e que foram internados.

De sorte que o pressuposto eleito (entre os demais) diz respeito a expectativa de que este Pronto Atendimento deveria estar cobrindo uma população que fosse residente na região abrangida pelo ERSAS-SUDS-1. E como na análise preliminar, constatou-se que esta expectativa não aconteceu em proporções esperadas, é que se decidiu analisar os resultados tendo como eixo, a procedência dos pacientes em função dos ERSAS-SUDS correspondentes.

Ou seja, em cada um dos três serviços, os outros ERSAS-SUDS, do Município e Região Metropolitana da Grande São Paulo, sempre contribuíram com uma demanda que foi superior a 50%.

Isto se constituiu portanto, fato indicativo para se analisar comparativamente estes 2(dois) componentes

(ERSA-SUDS-1 - Centro e os Demais ERSAS-SUDS) em termos das variáveis disponíveis.

E é basicamente este o eixo de análise a ser desenvolvido, com caracterização da demanda, de cada um dos 3(três) serviços em função das variáveis presentes no estudo e levando em conta os Ojetivos Gerais e Específicos apresentados.

1. O Serviço de Pronto Atendimento de Crianças.

1.1 Sexo e idade

As tabelas 1 e 2, mostram a distribuição de frequência segundo o sexo e as faixas etárias. Como se percebe, dos 311 pacientes teve-se um percentual de 58,1% de crianças do sexo masculino e 41,9% de crianças do sexo feminino, portanto relativa, mas não significativa superioridade do sexo masculino.

No que se refere as faixas etárias examinadas, menor que 1 ano - grupo de lactentes, de 1 a 4 anos, grupo de pré-escolares e de 5 a 14 anos grupo de escolares, houve um predomínio da faixa etária de 1-4 anos com 55,7%, seguido do grupo de 5 a 14 com 33,9%, ficando os 10,4% por conta do grupo menor que 1 ano.

TABELA 1

Pacientes atendidos no
Serviço de Ponto Atendimento de Crianças
do Hospital Umberto I, **segundo o sexo**

Sexo	Frequência	
	Nº	%
Masculino	181	58,1
Feminino	130	41,9
TOTAL	311	100,0

TABELA 2

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Crianças
do Hospital Umberto I, **segundo as Faixas Etárias**

Faixa Etária	Frequência	
	Nº	%
1 ano	31	10,4
1 - 4 anos	166	55,7
5 - 14 anos	101	33,9
TOTAL	298	100,0

Comparando-se estes dados com os dados referentes ao Atendimento Ambulatorial da Rede Básica de Unidades de Saúde do município de Penápolis em 1989, e para os dados referentes ao Atendimento Ambulatorial na rede de Unidades de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo (1987)⁽³³⁾, tivemos nestes dois estudos uma prevalência maior da faixa etária de 5-14 anos, 44,2% e 40,9% respectivamente, enquanto no estudo em tela a prevalência foi 33,9% para esta faixa. Nos 2(dois) estudos referidos observaram-se percentuais de 28% e 34% respectivamente para a faixa etária de 1 a 4 anos, neste estudo, como mostra a Tabela 2, o percentual da faixa etária menor de 1 ano foi de apenas 10,4%, diferente dos 27,8% e 25,1% que foram encontrados para município de Penápolis e rede de unidades da Secretaria de Saúde do Estado.

Há portanto uma diferença significativa entre estes serviços comparados, e que pode talvez ser explicada pela oferta de Serviços em termos de uma atuação programática (com consultas agendadas ao longo do ano) que a rede básica de saúde oferece aos menores de 1 ano, e o Pronto Atendimento de Criança do Hospital Umberto I não oferece. E esta circunstância pode se constituir como um fator indutor da procura pelas Unidades Básicas de Saúde para esta faixa etária menor de 1 ano.

1.2 Diagnósticos

O estudo dos diagnósticos conferidos à clientela deste serviço, foi feito tendo como base, a Classificação Internacional das Doenças - CID - 9^a revisão, e tem como propósito apresentar o perfil de morbidade desta demanda.

A Tabela 3 mostra as frequências absolutas e relativas em ordem decrescente dos capítulos da CID, que foram verificados na demanda das crianças.

TABELA 3

**Capítulos das Doenças da CID, nos pacientes
atendidos no Serviço de Pronto Atendimento da Criança
do Hospital Umberto I.**

Nº Ordem	Doenças	Nº	%
01	Aparelho Respiratório	169	56,81
02	Infecciosas/Parasitárias	23	7,6
03	Lesões/Envenenamentos	19	6,3
04	Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	18	6,0
05	Aparelho Digestivo	13	4,3
06	Aparelho Genito-Urinário	13	4,3
07	Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	13	4,3
08	Sintomas, Sinais , Afecções mal definidas	10	3,3
09	Classif. Suplementar... Fatores... e Oportunidades...	06	2,0
10	Aparelho Circulatório	04	1,3
11	Sistema Ósteo Muscular e do Tecido Conjuntivo	03	1,0
12	Anomalias Congênicas	03	1,0
13	Neoplasmas	02	0,7
14	Sangue e Órgãos hematopoiético	02	0,7
15	Alg. Afec. Orig. do Per.Perinatal	02	0,7
16	Gland.Endóc. da Nutrição do Metabol. e Transt. Imun.	01	0,3
	TOTAL	301	100,0

E o fato expressivo é que mais de 50% (56,1%) das patologias foram capituladas como agravos ou Doenças do Aparelho Respiratório (Capítulo VIII). A seguir, mas bastante distanciado, vêm os capítulos referentes as Doenças Infecciosas e Parasitárias (I) com 7,6%, as Lesões e Envenenamentos (XVII) com 6,3% e as Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (VI) com 6,0%; os demais capítulos comparecem com percentuais menores ainda, totalizando os 24% restantes.

O padrão de morbidade apresenta uma grande semelhança ao padrão de morbidade da chamada Assistência Primária, encontrado em estudos de Unidades Básicas de Saúde, com uma pontual excessão, como se verá. É que se pode deduzir tomando como termos de comparação Yaslle Rocha e Nogueira(1985), onde num levantamento realizado na Região de Ribeirão Preto em 4(quatro) serviço ambulatoriais da rede básica de saúde nos anos 70 a 82, concluirão resumindo:

"... Destacaram-se como diagnósticos mais frequentes as doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, inflamações de olho e ouvido, doenças da pele e do tecido subcutâneo e do aparelho genito-urinário"(79).

Ainda neste exercício de comparações, tomando-se Lima (1989) no estudo feito para o Município de Penápolis, o padrão de morbidade encontrado na demanda das Unidades Básicas de Saúde, (embora contemplasse todas as faixas etárias e não apenas a Infantil) é semelhante no que

concerne aos diagnósticos mais frequentes⁽³³⁾.

Tal como aqui, as Doenças do Aparelho Respiratório liderava com 19,2%, circundada pelas Doenças Infecciosas e Parasitária com 12,5%. O capítulo da Classificação Suplementar que contempla os Fatores que exercem influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contatos com Serviços de Saúde aparece no levantamento de Penápolis, com 14,3%. Todavia uma grande parte é devido à clientela adulto, principalmente as mulheres grávidas que demandam ao Pré-Natal e outros adultos, à busca de Laudos e Atestados.

O grupo de - Crianças Sadias corresponderam a apenas 1.1% do total de Amostra, sendo que 35 casos do total de 1689 crianças, aproximando-se de 2%, que foi o número encontrado neste estudo⁽³³⁾, como mostra a Tabela 3.

No mais fica difícil o estabelecimento de outras comparações visto não se dispor de estudos que contemplem conjuntamente a faixa etária menor de 15 anos (apenas) e a morbidade segundo os capítulos da CID. A maioria dos que se encontraram disponíveis tratavam de todas as faixas etárias, sem discriminá-los, e quando o faziam, utilizavam-se de outra(s) Classificações de Doenças^(32,78).

De qualquer modo na Tabela 3 referida, pode-se perceber a inserção do grupo de doenças referentes a - Lesões e Envenenamentos na 3ª colocação entre os demais capítulos, o que não é usualmente visto na demanda da rede básica. Neste Capítulo estão catalogadas principalmente os

agravos referentes aos Traumatismos, Ferimentos e Queimaduras entre outros.

É razoável pensar que o fato de o Hospital Umberto I ser conhecido como um serviço "que trata de queimados" e tem um ambulatório de cirurgia geral (para suturas e curativos), e também um serviço de traumatologia, seja indutor deste tipo de demanda.

Assim, como as doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do sentido que ocupa a 4a (quarta) posição, pode ser explicada, não só pela presença das inflamações do ouvido (otites) que têm incidência alta em crianças, mas também, pela disponibilidade no Ambulatório de especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, de difícil acesso, em geral. No caso o Pronto Atendimento se configura como uma "porta de entrada" de fluxo mais rápido e garantido.

No mais a título de uma especificação maior, pode se averiguar que dentre os capítulos mais frequentes, os agravos mais comuns são: as Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores (61% das Doenças Respiratórias); as Diarréias Infecciosas (62% das Doenças Infecciosas); Ferimentos (63% das Lesões e Envenenamentos), as Otites (77% das Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos), as Infecções Urinárias (30% das Doenças do Aparelho Genito-Urinário), as dermatites, impetigos e abscessos (99% das Doenças da Pele do Tecido Celular Subcutâneo); as Estomatites (30% das Doenças do Aparelho Digestivo).

É notório o fato de que o capítulo referente

as doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (IV) comparecer com uma prevalência quase desprezível em relação aos demais capítulos. Visto que, neste, estão catalogadas as Anemias, que como se sabe tem uma prevalência importante na Morbidade do grupo infantil(75).

Aliás, também esta circunstância, embora com menos relevância se observa quando se dispõem da morbidade ambulatorial da rede básica de saúde, coletada ou oferecida através dos registros de prontuários ou outros documentos(32,33,64,79).

Isto pode ser compreendido pelo fato de que o método de diagnóstico de escolha, para se verificar a deficiência de ferro, é o da medida da concentração de hemoglobina, e que se constitui também, provavelmente, a mais comum avaliação bioquímica do estado nutricional(75).

E a sistemática que se adota nos serviços de Pronto Atendimento das Crianças não privilegia a realização deste exame. Ou quando o faz, não se atenta para este detalhamento. E ainda no elenco das queixas e motivos de consulta comunicados pela mãe ou responsáveis, este agravo fica diluído nas referências de "fraqueza" ou outros parecidos.

1.3 A procedência dos pacientes segundo à área geográfica correspondente aos ERSAs-SUDS da Secretaria Estadual de Saúde

O anexo 2, mostra a constituição dos ERSAs-SUDS a nível do município e região metropolitana de São Paulo.

A Tabela 4, mostra a distribuição de frequência dos pacientes segundo estes ERSAs-SUDS. Pode-se observar que 44,3% dos pacientes são oriundos do ERSA-SUDS-1, também chamado de ERSA-Centro, onde está localizado o Hospital Umberto I.

TABELA 4

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento da Criança
do Hospital Umberto I, segundo a Procedência da
Área Geográfica correspondente aos dos Escritórios Regionais de
Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

ERSA/SUDS	Frequência	
	Nº	%
01 - Centro	133	44,3
02 - Butantã	36	12,0
03 - Vila Prudente	10	3,3
04 - Penha de França	02	0,7
05 - Itaquera	10	3,3
06 - Mandaqui	09	3,0
07 - Freguesia do Ó	09	3,0
08 - Santo Amaro	66	22,0
09 - Santo André	01	0,3
10 - Mauá	02	0,7
11 - Osasco	07	2,3
12 - Itapevicirica da Serra	12	4,0
13 - Mogi das Cruzes	02	0,7
14 - Demais	01	0,3
TOTAL	300	100,0

Chama a atenção o alto percentual dos pacientes provenientes do ERSA-SUDS-8, que corresponde a região de Santo Amaro, localizado na Zona Sul do Município. Este porcentual de 22%, embora seja a metade do SUDS-Centro, corresponde quase ao dobro do SUDS-2 (Butantã) que ocupa a 3a (terceira) posição. E é alto, na medida em que a distância geográfica da região ao Hospital Umberto I é grande, quando comparado com outras regiões.

Todavia, há que se ressaltar, a presença de um corredor de transportes coletivos existentes que nascendo na Região de Santo Amaro, vem a desaguar na região central, e através da Av. Nove de Julho, passa muito próximo do serviço.

Além do que, a área do ERSA-SUDS de Santo Amaro, é uma das mais populosas do município, e como área periférica que é, tem uma estrutura epidemiológica desfavorável à saúde, inclusive com uma deficiência histórica de Serviços Básicos de Saúde e de outros serviços, bem como de Saneamento Básico(67).

A procedência do SUDS do Butantã pode ser compreendida, na medida em que o Hospital se localiza nos limites desta região. Bem como há um corredor de tráfego para o Centro da cidade, que passa próximo ao Hospital. Embora, todos os caminhos para tanto, passam antes pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todavia, outras razões devem ser buscadas à explicação adequada deste fato, não só nesta proximidade geográfica.

Outro aspecto que chama atenção é o fato de que o ERSAS-SUDS-12 de Itapeverica da Serra ocupa a 4ª (quarta) posição da Tabela, embora com apenas 4% do total. A existência de corredor de tráfego - e a disponibilidade de transporte coletivo pode ser em parte uma explicação para tanto. Aliás, dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo, é do município de Taboão da Serra (localizado no ERSAS-12) que provém a maioria dos pacientes.

A região da Zona Leste do município de São Paulo, aqui definida pelos ERSAS-SUDS de Itaquera e Penha de França têm uma presença pequena, como mostra a Tabela.

1.4 Estudo Comparativo entre o SUDS-ERSAS-1 (Centro)

e os Demais ERSAS-SUDS.

Esta análise visa em função do que se constatou em termos das frequências observadas na procedência dos pacientes, estabelecer uma comparação entre o comportamento de algumas variáveis, quando observados em relação ao SUDS-1 (Centro) e os Demais SUDS.

A Tabela 5, mostra inicialmente esta comparabilidade em relação aos Capítulos das Doenças da CID (os mais frequentes).

TABELA 5

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Crianças
do Hospital Umberto I, segundo os capítulos da CID e a
procedência dos pacientes (ERSAS/SUDS)

ERSAS - SUDS Capítulos da CID	1-Centro		Todos os Demais		Totais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VIII - Doenças do Aparelho Respiratório	86	69,1	79	47,8	165	55,6
I - Doenças Infeccio- sas e Parasitárias	08	6,0	15	9,0	23	7,7
XVII - Lesões e Envenenamentos	07	5,3	12	7,2	19	6,4
VI - Doenças do Sis- tema Nervoso e or- gãos dos Sentidos	08	6,0	10	6,0	18	6,1
Todos os Demais	23	17,4	49	29,6	72	24,2
TOTAL	132	100,0	165	100,0	297	100,0

E pode se observar que não há praticamente diferença (e o tratamento estatístico feito confirmou) significativa nesta distribuição.

Ou seja, na comparação feita entre o SUDS-1 (Centro) com Todos os Demais SUDS, o comparecimento dos mesmos em termos dos capítulos das Doenças foi quase semelhante em relação ao percentual do SUDS-1.

Isto é, a morbidade da demanda proveniente dos bairros da região central e a dos outros bairros mesmos os mais periféricos e distantes do Hospital, tem um mesmo padrão.

Mesmo quando se destaca por exemplo, de Todos os Demais SUDS, o SUDS de Santo Amaro, e se faz a comparação do mesmo com SUDS-Centro, para o capítulo das Doenças Infecciosas e Parasitárias, a diferença percentual observada foi pequena (6,1% para o Centro e 10,6% para Santo Amaro) (Tabela 6).

TABELA 6

Pacientes atendidos no Serviço de Pronto Atendimento de Crianças, do Hospital Umberto I, segundo os capítulos do CID e a procedência dos ERSA(S)/SUDS.

SERSA(S)/ SUDS Capítulos CID	Centro 1		Santo Amaro 8		Butantã 2		Todos os demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VIII-Aparelho Respiratório	86	65,2	28	42,4	21	58,3	30	47,6	165	55,6
I - Infecciosas e Parasitárias	08	6,1	07	10,6	04	11,1	04	6,3	23	7,7
XVII - Lesões e Envenenamentos	07	5,3	05	7,6	04	11,1	03	4,7	19	6,4
VI - Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	08	6,1	05	7,6	00	0,0	05	7,8	72	24,2
Todos os demais	23	17,3	21	31,8	07	19,5	21	33,6	72	24,2
TOTAL	132	100,0	66	100,0	36	100,0	63	100,0	297	100,0

E a discussão à respeito deve ser enfocada, não sobre o número "baixo" de Santo Amaro, (onde as condições de Saneamento Básico são sabidamente precárias), mesmo porque o número não é tão "baixo", tanto que contribuiu para que as Doenças Infecciosas e parasitárias ocupassem a 2^a (segunda) colocação.

O que se destaca é o número relativamente "alto" do percentual referente ao SUDS-Centro.

Este fato pode ser explicado talvez, pela constatação de que a Região Central do Município de São Paulo, vem passando por um processo de deterioração onde se destaca a questão habitacional, como surgimento e a expansão da população que têm nos "cortiços", o local de sua residência.

No mais, em relação às Doenças do Aparelho Respiratório observa-se, quando da comparação entre estes 2(dois) SUDS, que a Região Central teve 65,2% dos agravos correspondentes a este capítulo, enquanto que para Santo Amaro encontrou-se 42,4% (Tabela 6). Esta diferença, embora não significativa, pode ser entendida em função da facilidade do acesso (do Centro) e corroborada pela natureza da maioria dos agravos capitulados neste grupo, que são as Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), onde os resfriados e gripes, menos graves, que no caso de Santo Amaro, seriam resolvidos com "soluções locais".

Além do que, quando se compara o SUDS de

Santo Amaro com todos os Demais (excluindo o próprio e o Centro) os percentuais de todos os Demais tornam-se mais aproximados ou equivalentes a Santo Amaro. Para as Doenças Respiratórias por exemplo, estes números são 42,4% e 51,5% respectivamente. As Infecciosas e Parasitárias têm 10,6% e 8%, assim como o grupo de - Lesões e Envenenamentos que têm 7,6% para Santo Amaro e 7% para os Demais.

Os resultados mostram portanto, que mesmo para o SUDS-8 de Santo Amaro, de maior frequência na demanda não difere em termos de padrão de morbidade quando comparado com o SUDS-1 Centro e com os Demais, tanto no aspecto quantitativo como qualitativo.

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos, quando se faz a comparação entre o SUDS-Centros e Todos os Demais em função da Faixa de Horário em que o paciente procurou o Serviço para ser atendido.

TABELA 7

Pacientes atendidos pelo

Serviço de Pronto Atendimento de Crianças

do Hospital Umberto I, segundo as **Faixas Horárias de Atendimento**
e a procedência dos ERSA(S) - SUDS.

<div>ERSAS</div> <div>SUDS</div> <div>Faixas Horárias</div>	1 - Centro		Todos os		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. 0 - 4 hs	05	3,8	0	0,0	05	1,7
2. 4 - 8 hs	11	8,3	14	8,4	25	8,4
3. 8 - 12 hs	47	35,6	72	43,4	119	39,9
4. 12-16 hs	36	27,3	47	28,3	83	27,9
5. 16-20 hs	25	18,9	22	13,3	47	15,8
6. 20-24 hs	08	6,1	11	6,6	19	6,4
TOTAL	132	100,0	116	166	298	100,0

Neste sentido, nos termos da distribuição de frequência das faixas de horário, tem-se que a última coluna da direita da tabela mostra as frequências relativas destes horários de procura.

E o que se observa é que a grande maioria da procura vai se concentrar no chamado "horário comercial" de 8 às 18 horas, particularmente no período de 7:00 às 17:00 horas. Uma demanda típica e característica das Unidades da Rede Básica de Saúde.

O que em certa medida era esperado, tomando-se em conta o que foi informado no capítulo de Material e Método, sobre aqueles casos graves ou de emergência que eventualmente exigiam internação e para os quais não são "abertas" as F.A.A. E ainda no caso da clientela de crianças os agravos inusitados (traumas e ferimentos) geralmente não ocorrem no período noturno.

E tomando-se a tabela referida (7) para a comparação entre os SUDS(s) em discussão, pode-se perceber uma coincidência entre os mesmos.

A Tabela 8 apresenta os resultados para comparação e análise entre os SUDS Centro e Demais em função dos Portes dos Procedimentos realizados nas consultas médicas que foram prestadas no atendimento dos pacientes.

TABELA 8

Pacientes atendidos pelo Serviço de Pronto Atendimento
de Crianças do Hospital Humberto I, segundo a
procedência (ERSA(S)/SUDS) e os
portes dos procedimentos.

<div>ERSA(S)/ SUDS</div> <div>Portes dos Procedimentos</div>	I - Centro		Todos os demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	00	0,0	01	0,6	01	0,3
II	46	34,6	69	41,3	115	38,3
III	34	25,6	37	22,2	71	23,7
IV	26	19,5	24	14,4	50	16,7
V	08	6,0	09	5,4	17	5,7
VI	01	0,8	04	2,4	05	1,7
VII	16	12,0	19	11,4	35	11,7
VIII	01	0,8	02	1,2	03	1,0
IX	01	0,8	01	0,6	02	0,7
X	00	0,0	01	0,6	01	0,3
TOTAL	133	100,0	167	100,0	300	100,0

O anexo nº 3, traz a devida decodificação e tradução destes portes, fato pelo qual se dispensou a legenda no corpo da tabela.

Como se anunciou, a análise desta variável tem a perspectiva de se apropriar ou de ter noção da "complexidade tecnológica" que está incorporada neste tipo de atendimento (Pronto Atendimento), tendo a suposição de que em certa medida, esta "complexidade" reflete a gravidade e ou a natureza da lesão ou agravo, e que em função disto vai requerer insumos e conhecimentos próprios e específicos para a ação diagnóstica e terapêutica.

E daí, a discussão da incorporação desta "tecnologia" na rede básica de saúde. Há contudo, a necessidade de se reiterar a dificuldade metodológica existente para uma abordagem nesta dimensão.

Assim, a ausência de uma conceituação concreta ou pragmática do que venha ser "procedimentos simplificados" ou de "exame laboratorial e/ou procedimentos de média complexidade", ou quais são os exames "laboratoriais complexos" dificulta em muito a apropriação adequada desta questão e mais ainda as conclusões. No sentido de superar esta dificuldade, devem ser buscadas informações mais detalhadas na Portaria MPAS/SSM-325 de julho de 1986. Assim, o Atendimento Ambulatorial de Porte III - compreende "a consultas médicas ... acompanhado da realização de curativos em ferimentos ... e/ou aplicação de

medicamentos".

O Porte IV - Consulta Médica com procedimentos simplificados e/ou medicação, compreende consulta médica "... acompanhado por, pelo menos, um ... dos procedimentos:

- a. ... eritrograma, leucograma liquor, urina Tipo I, ... glicemia, teste imunológico para gravidez e parasitológico de fezes.
- b. inaloterapia acompanhada de medicação bronco dilatadora
- c. aplicação de soro fisiológico ou glicosado..."

O atendimento Porte V - Consulta Médica com exames Laboratoriais complexos compreende a consulta médica "... acompanhado, além da medicação, por um dos seguintes procedimentos:

- a. Hemograma completo
- b. Eletrocardiograma
- c. Múltiplos recursos diagnósticos e/ou terapêuticos descritos no porte IV"

O atendimento Porte VI - Consulta Médica com Radiologia ou Ultrasonografia. "Compreende o atendimento descrito do Porte III, quando acompanhado de exame radiológico não contrastado, de tórax ou abdômen, em 1(uma) incidência ... ou ultrasonografia.

"O Porte VII - Consulta Médica com Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Complexos, não

classificados nos itens anteriores nem como procedimentos especializados, incluindo-se ... diagnóstico e tratamento de traumas osteo-mio-articulares ... tais como luxações, entorses e imobilizações provisórias..."

É certo, ainda que no fazer deste estudo, quando do manuseio das fichas para a digitação dos dados no arquivo ou no banco de gerenciamento do programa do computador, não se prendeu apenas na leitura e cópia dos "campos" da F.A.A., mas se procedeu também a leitura das outras informações registradas sobre o atendimento realizado que a F.A.A. contém: tais como a Queixa, a Hipótese Diagnostica aventada, os exames solicitados, o tratamento realizado e o encaminhamento feito. De sorte que se construiu uma base para uma interpretação mais concreta dos Portes indicados. Isto facilita o raciocínio a ser feito e tecer algumas considerações se não conclusivas (segundo os requerimentos do método científico) mas ao menos indicativas.

Isto posto, e retomando-se a Tabela 8, pode se perceber que aproximadamente 80% das consultas realizadas foram categorizadas nos Portes II, III e IV. E destas quase que 50% foram do Porte II, ou seja Consulta Médica simples. Traduzindo: do paciente ouviu-se a queixa, fez-se a anamnese, procedeu-se o exame físico, dispensou-se exames complementares, aventou-se a hipótese diagnóstica, e recomendou-se ou não, a terapêutica.

Esclareça-se aqui, para melhor compreensão,

que a informação de ter ocorrido a dispensação de receita de medicamentos não foi possível de se obter. Não consta da maioria das fichas. Quando há aplicação de medicação no ato imediatamente à consulta, esta passa a ser codificada como de Porte III.

O fato é que, como se pode verificar na tabela, as consultas de Porte II e as de Porte III (com medicação ou procedimentos simplificados, curativo por exemplo) juntas perfizeram, um total de 62%, de todos os atendimentos.

As consultas de Porte IV - Consulta Médica com exame laboratorial e/ou procedimentos de média complexidade, representaram 16,7% do total. Aqui se inserem aquelas patologias que vão requerer os exames de laboratório, principalmente os exames de sangue (Eritograma e análises bioquímicas) e de urina tipo I, (parasitológico, e procedimentos como inalação, aplicação de soro fisiológico ou glicosado).

As consultas de Porte VI - geralmente quando se solicitou a realização de Raio X, atingiram apenas 1,7% do total, indicando a relativa não gravidade das Doenças do Aparelho Respiratório, em termos de pneumonias e das Lesões e Envenenamentos e particularmente a Traumas de partes ósseas.

Observou-se também que 11,7% das consultas foram catalogadas como de Porte VII - Consultas Médicas com Procedimentos diagnósticos e terapêuticos complexos e este

resultado encontrado é coerente, com os resultados encontrados em termos dos capítulos da CID -, onde se verificou que as Lesões e Envenenamentos estão presentes na 3ª ordem de classificação.

No que tange a distribuição de frequências destes portes entre os SUDS em análise, pode-se perceber aqui, também uma coincidência quase que perfeita entre ambos, como se demonstra na Tabela 8.

O fato de, para o Porte VI -, ter-se para os Demais SUDS um número 3(três) vezes maior em relação ao SUDS-1, não merece muita relevância, pelo fato do número amostral ser muito pequeno. No mais, devido à falta de parâmetros para comparabilidade das informações referentes a este aspecto, tem se a antecipar que quando da discussão do Serviço de Adultos, deverá ser procedida alguma consideração e comparação com a unidade básica de saúde, já que se dispõe de um estudo neste sentido.

Mas de qualquer modo vale a sinalização de se considerar a possibilidade de que uma determinada fração da clientela que é proveniente de outros SUDS, tenham patologias que embora na sua natureza não diferem daquelas do SUDS-1, poderiam se diferenciar pelo seu grau evolutivo e gravidade.

A Tabela 9 trata do "destino" dos pacientes após atendimento realizado. Isto é pretende dar conta das categorias de encaminhamentos que foram adotados para os pacientes neste processo de comparação entre os SUDS(s).

TABELA 9

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Crianças
do Hospital Umberto I, segundo as categorias de
Encaminhamento e a procedência dos pacientes
(ERSA(S)/SUDS)

<div>ERSA(S)</div> <div>SUDS</div> <div>Categorias de Encaminhamento</div>	1 - Centro		Todos os Demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	124	93,2	141	84,4	265	88,3
Ambulat. de Especialid.	03	2,3	15	9,0	18	6,0
Retorno na Unidade	03	2,3	06	3,6	09	3,0
Sem Informação	03	2,3	05	3,0	08	2,7
TOTAL	133	100,0	167	100,0	300	100,0

Preliminarmente, analisando-se o conjunto de todos os SUDS, pode-se perceber que 88,3% de todos os "casos" tiveram alta. Fato significativo, e coerente com os resultados que até então se encontrou. E ressalve-se, que esta alta resolubilidade encontrada não pode ser acatada como uma verdade absoluta e irrefutável, visto que, como foi colocado, não se adotou nenhum instrumento ou processo que verificasse isto, com um mínimo de critério ou parâmetro.

Pode-se esperar, por exemplo, que a falta ou a indisponibilidade de recursos de apoio ou do próprio uso destes recursos para uma abordagem adequada, leve a este quadro, além do fato, já ressaltado, de que os casos "mais graves", de internação estão fora do universo estudado.

Sobre a resolubilidade, cabe uma pausa, para uma discussão mais pensada e ponderada sobre a questão. Pois esta resolubilidade entendida como alta, é que permite uma brecha para se evidenciar uma das características mais crítica ou criticável deste modelo assistencial hegemonicamente vigente, que se sustenta em muito neste segmento de Pronto Atendimento.

Tome-se, como exemplo, o estudo desta amostra. De todas as crianças atendidas, 88,3% tiveram alta, 6% encaminhadas no Ambulatório de Especialidade (Oftalmo-otorrino e cirurgia) e 3% deveriam retornar ao próprio serviço.

Contudo, não se constatou, (e o atendimento

tal como está organizado e em função da lógica que o orienta não faculta isto) a preocupação de abordar o paciente, além das queixas clínicas referidas. É significativo a ausência de diagnóstico de desnutrição, de anemias, de distúrbio de condutos, aprendizado escolar, etc...

Não consta dos registros do atendimento feito, a aplicação ou a avaliação da curva do desenvolvimento pondero-estatural, idem do calendário de vacinação, e a busca ativa das anemias, através da medida de concentração da Hemoglobina; enfim a caracterização epidemiológica do paciente e através desta a identificação dos fatores de riscos e daí o encaminhamento para um cuidado mais ativo e programado.

Se existe por vontade ou iniciativa individual do plantonista do dia, não é suficiente, pois não é sistematizado em todas as suas amplitudes necessárias. É por isto que se fez referências anteriormente "a um local de oportunidades perdidas", quando se discutia o Pronto Atendimento.

Não há ou não deve haver mais espaço à expansão deste modelo, no qual um Serviço se presta e se conforma a diagnosticar e tratar sintomas e sinais apenas, e se desaperceber e, pior ainda se desresponsabilizar de outros riscos potenciais latentes. E, note-se bem, que não se advoga aqui a competência e a incumbência deste serviço de Pronto Atendimento ser o executor das atividades que se desdobram como necessárias, após esta abordagem (clínica

mais ampla e epidemiológica) que vai detectar necessidades.

Não é isto. Advoga-se sim, a responsabilidade, de que este serviço, de forma protocolar e sistematizada faça esta detecção e o devido encaminhamento no que couber. Mesmo que isto, vai recorrer mais tempo, recursos materiais e humanos. Certamente irá. Mas em contra partida deverá ser remunerado à preço justo.

E, de outro lado, e do mesmo modo, a rede básica de saúde, mais numerosa, situada próximo ao local de residência do indivíduo, com uma área de abrangência definida, se conformará de tal maneira, que se organizará para prestar o Serviço de Pronto Atendimento, nos moldes referidos, isto é, protocolar e sistematicamente ativo na identificação clínica mais ampla e epidemiológica do paciente e encaminhando a Atuação Programática identificada, e prestando o Pronto Atendimento aos sintomas e sinais referidos e diagnosticados.

E aqueles "casos clínicos" não resolvidos encaminhados aos Ambulatórios de Especialidade e ou Serviços de Internação, num sistema de referência e contra referência previamente definido.

Há que acrescentar na dinâmica da discussão, outros aspectos. Há que se deslocar, (ou se não for isto, ao menos contrabalancear) a questão que existe no funcionamento do sistema de saúde hoje, que é de como garantir a referência dos pacientes da chamada rede básica de saúde (Atenção primária) para os serviços de nível secundário

(geralmente privados). Sem dúvida é relevante. Mas como se disse, não se trata só disto ou apenas disto. É preciso também, que estes serviços hospitalares, principalmente, através deste segmento existente nos mesmos, que é o Serviço de Pronto Atendimento, faça também as suas referências ou seus encaminhamentos a rede básica.

Isto posto, retomando os dados da Tabela 9, em termos da distribuição de frequências das categorias de encaminhamentos entre os SUDS, pode-se perceber uma diferença entre ambos, no que se refere ao Encaminhamento para o Ambulatório de Especialidades, verificando-se um percentual mais que 3(três) vezes dos Demais SUDS em relação ao SUDS-1.

Isto pode ser explicado, pela oferta de alguns serviços de especialidades disponíveis (oftalmo-otorrino e cirurgia infantil e outros) que nos SUDS mais periféricos não existem disponíveis, e induz à uma busca mais ativa por parte desta clientela, quando atendida no P.A.

2. O Serviço de Pronto Atendimento de Adultos

2.1 Sexo e Idade

A Tabela 10 mostra a distribuição de frequências observadas segundo o sexo e as faixas etárias de 15 a 19 anos, 20 a 49 anos e 50 anos e mais.

Como se verifica há uma predominância do sexo feminino (59,9%) em relação ao sexo masculino (40,1%). E na comparação entre as faixas etárias, não há diferença significativa nesta distribuição.

Estes resultados refletem de maneira geral o padrão encontrado nos diversos serviços de saúde, inclusive os chamados da rede básica(28,32,33,34,64,78,79), ressaltando-se que os problemas específicos ginecológicos e obstétricos dos pacientes de sexo feminino, não são atendidos neste serviço, e sim encaminhados ao Serviço de Gineco-Obstetrícia.

TABELA 10

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Adulto
do Hospital Humberto I, segundo o
Sexo e as Faixas Etárias

Sexo Faixa Etária anos	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 19	15	9,3	13	12,0	28	10,4
20 - 49	108	67,1	72	66,0	180	66,9
50 e +	38	23,6	23	21,3	61	22,6
Total	161	100,0	108	100,0	269	100,0

Há um predomínio de pacientes na faixa etária de 20-49 anos, tanto para os homens como para as mulheres, que é a faixa etária produtiva.

A faixa etária de 15-19 anos, que compreende parte da Adolescência ocupa a 3ª colocação com 10,4% do total de casos e os indivíduos com 50 anos e mais comparecem com 22,6%.

2.2 A morbidade segundo a Classificação

Internacional das Doenças - CID - 1975 - 9ª

Revisão

CID - 9ª

Pode-se verificar, conforme a Tabela 11, a ordem decrescente dos Capítulos das Doenças da CID - 9ª., as frequências absolutas e relativas dos mesmos

O grupo das doenças referentes às - Lesões e Envenenamentos e o das Doenças Respiratórias ocupam as primeiras posições com 17,2% e 16,4% respectivamente.

TABELA 11

Capítulos das Doenças, segundo a Classificação
Internacional das Doenças (CID) nos pacientes atendidos no
Serviço de **Pronto Atendimento de Adultos** do
Hospital Humberto I

Nº Ordem	CAPÍTULOS DA CID	Nº	%
01	Lesões e Envenenamentos	46	17,2
02	Doenças Ap. Respiratório	44	16,4
03	Doenças do Sist. Ost. Musc. e Tec. Conj.	27	10,0
04	Doenças Ap.Circulatório	25	9,3
05	Doenças Ap.Genit.Urinário	20	7,5
06	Doenças Ap.Digestivo	18	6,7
07	Doenças do Sistema Nervoso e Org. dos Sentidos	15	5,5
08	Doenças Pele e T.C.S.C.	14	5,2
09	Sintomas e Afecções Mal definidas	13	4,8
10	Doenças Infec. e Parasitárias	11	4,2
11	Neoplasmas	07	2,7
12	Transt. Mentais	05	1,8
13	Class. Suplem. Fatores... Oportunidades ...	05	1,9
14	Doenças End. Nutrição Metab.Transt.Imunit.	03	1,0
15	Compl.da Grav.Part.ePuerp.	02	0,7
16	Anomalias Congênitas	02	0,7
17	Classif.Supl.Lesões Enven.(E)	01	0,3
18	Ausentou-se da Consulta	11	4,0
	TOTAL	269	100,0

As doenças do Sistema Osteo-Muscular e Tecido Conjuntivo, do Aparelho Circulatório e do Aparelho Genito Urinário vêm a seguir com 10,0%, 9,3% e 7,5% respectivamente. Sendo que a somatória destes todos (5 capítulos referidos) alcançam o total de 60,4% dos casos.

Tomando-se como base de comparabilidade o estudo realizado por Lima (1991), onde se analisou o Perfil da Morbidade, segundo os capítulos da CID, para a rede básica de saúde do município de Penápolis no ano de 1989, e os dados citados pela autora no estudo em tela, referente a este mesmo perfil, para a rede de unidades básicas de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para o ano de 1987, pode-se constatar que:

- Na rede de unidades básicas de saúde do município de Penápolis como também na rede estadual a Classificação Suplementar-V-(da CID) - que contempla aqueles casos que não se caracterizam como "doenças", e que procuram os Serviços de Saúde em função de outros motivos e fatores, representam um percentual de 14,3% e 21,9% sendo a 2ª e 1ª causas de demanda, respectivamente para estas duas redes de serviço⁽³³⁾.

No Hospital Umberto I, Serviço de Adulto, como se pode verificar na tabela, esta causa representou apenas 1,9% do total das consultas.

Isto pode ser compreendido pelo fato de que o Serviço de Adulto está sendo analisado em separado do Serviço de Gineco-Obstetrícia. E são nestes, que acontecem a

maior procura, principalmente por mulheres em estado de gravidez, para a realização do Pré-Natal (categoria V.222.2 na CID). Tanto é que, quando se analisar o Pronto Atendimento de Gineco-Obstetrícia, poderá se perceber que a 1ª (primeira) ordem de classificação dos capítulos da CID 9ª, será ocupada pela Classificação Suplementar V, onde a categoria V.222.2 - Gravidez normal, se destacará.

No mais, tanto para a rede de serviços do município de Penápolis como para a rede estadual de Centros de Saúde, os capítulos das doenças mais prevalentes são os das Doenças Respiratórias, das Doenças Infecciosas e Parasitárias.

É preciso ressaltar que esta comparação dos estudos tem algumas limitações, e a principal delas reside no universo dos estudos de Penápolis e do Estado, onde estão contemplados todas as faixas etárias. E no caso em pauta, só se contempla os maiores de 15 anos, e dos adultos do sexo feminino estão excluídas as demandas por problemas ginecológicos e obstétricos.

As doenças Infecciosas e Parasitárias, como pode se perceber pela Tabela 11, ocupa a 10ª (décima) posição com 4,2% do total dos casos, diferentemente do que se constatou na análise do serviço de Pronto Atendimento das Crianças, onde este grupo, ocupava a 2ª posição, graças principalmente às Diarréias.

O que se destaca efetivamente, como diferente dentre destes padrões de morbidade comparados, é

que no Serviço de Pronto Atendimento de Adulto do Hospital Umberto I, demandam algumas patologias que usual e tradicionalmente não comparecem às Unidades Básicas de Saúde. Trata-se no caso das Lesões e Envenenamentos (Capítulo XVII) e das Doenças do Sistema Osteo-Articular e Tecido Conjuntivo (Capítulo XIII), que segundo a Tabela 11, constituem 27,2% do total enquanto que para rede municipal de Penápolis, perfazem apenas 6,5% do total.

Este fato constatado, talvez seja reflexo, muito mais, de percepção da população, quando da necessidade de buscar o atendimento para algum tipo de patologia ou de distúrbio que é acometida e, que fazem parte do elenco dos agravos que estão nos capítulos acima. E daí, esta eleição para buscá-lo nos serviços tradicionalmente denominados de Pronto-Socorro.

A título de maiores esclarecimentos, procurou-se verificar quais foram as categorias de doença, mais prevalentes dentre deste 2(dois) capítulos, no Pronto Atendimento de Adultos.

E foram os seguintes os resultados:

a. Capítulo XVII - Lesões e Envenenamentos

- Lesões do Sistema Osteo-Articular	
(Fraturas-Luxações-Entorses)	28%
- Ferimentos (cabeça-MMSS e MMII)	28%
- Contusões da Pele sem cortes	
(Hematomas)	27%

- Queimaduras	10%
- Demais	7%

b. Capítulo XIII - Doenças do Sistema Osteo-Articular e Tecido Conjuntivo:

- Dorsopatias - Doenças da da coluna vertebral	
(destes mais de 50% - Lombalgias)	48%
- Reumatismos - excluindo a coluna vertebral	
(destes - 70% de Tendinites e mialgias	34%
- Artropatias	9%
- Demais	9%

Nas Doenças Respiratórias, verificou-se que do total, 44% referiam-se às Infecções Agudas do Trato Respiratório Superior (Resfriados, gripes, faringites, sinusites e amigdalites), 31% correspondiam às Pneumonias e Broncopneumonias e 13% às Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Asma principalmente, bronquite crônica e outros).

As Doenças do Aparelho Circulatório que ocupa a 4ª posição na tabela, com 9,3% dos casos, apresenta quando comparado com a rede de serviços de Penápolis, uma certa semelhança pois nesta rede, ele comparece com 7,6% do total dos casos.

Sendo que, se for extraída do estudo de Penápolis a população menos de 15 anos, para que essa comparabilidade fosse mais adequada, este percentual certamente se elevaria aos níveis iguais ou superiores aos

9,3% referidos, visto que esta população de menor de 15 anos representa aproximadamente 40% do Universo populacional do estudo.

Dentre os grupos de doenças mais frequentes neste capítulo tem-se que a Hipertensão Arterial ocupa a primeira posição com 36% de total dos casos.

Já em relação às doenças do Aparelho Genito-Urinário, pode-se fazer o raciocínio inverso ao que se fez em relação às Doenças do Aparelho Circulatório. Pois se para o Hospital Umberto I a presença do mesmo se quantifica em 7,5%, na rede municipal ele se eleva para 11%. Esta diferença verificada pode ser corrigida se também se extrair a população menor de 15 anos do Universo de Penápolis, pois a incidência das Infecções Urinárias na Infância é relativamente alta. E além do que, nos Serviços de Pronto Atendimento do Hospital muito das demandas do Aparelho Genito-Urinário das mulheres, são encaminhadas e tratadas no Serviço de Gineco-Obstetrícia, como se verá.

Enfim, excetuando as referências feitas em relação Fraturas - Luxações - Entorses - Ferimentos - Contusões - Queimaduras - Lombalgias e Tendinites, o padrão de morbidade do Serviço de Pronto Atendimento de Adulto do Hospital Umberto I, tem grande semelhança com o padrão observado na rede de unidades básicas de saúde do município de Penápolis.

Um achado interessante e digno de ser relatado, é que quando se compara este padrão de morbidade

do Serviço de Pronto Atendimento de Adulto com o padrão de morbidade do Ambulatório de Especialidades de Adulto deste mesmo Hospital, através dos dados fornecidos pelo próprio autor, em função de um estudo realizado em março de 90, percebe-se uma diferença notável⁽²¹⁾.

Isto é, os capítulos referentes às Lesões e Envenenamentos, à Doenças do Aparelho Respiratório e as Doenças do Sistema Osteo-Muscular e Tecido Conjuntivo deixam de ocupar as primeiras posições para ocuparem as posições mais inferiores, com 1,95%, 2,8% e 3,0%, no Ambulatório de Especialidades, o que significa que são doenças de gravidade e ou estágio evolutivo que podem ser resolvidas a nível da atenção também da rede básica de saúde.

2.3 A procedência dos pacientes segundo a área geográfica correspondente aos ERSAs-SUDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A Tabela 12 mostra a distribuição de frequências, desta procedência segundo os ERSAs-SUDS. Tal qual se verificou para o Serviço de Pronto Atendimento de Crianças, esta distribuição obedece a um padrão semelhante.

TABELA 12

Pacientes atendidos no
Serviço de Atendimento de Adultos
do Hospital Humberto I, segundo a
procedência dos pacientes (ERSA(S)/SUDS)

ERSA / SUDS	Frequência	
	Nº	%
1. Centro	111	41,2
2. Butantã	35	13,0
3. Vila Prudente	10	3,8
4. Penha de França	04	1,4
5. Itaquera	12	4,4
6. Mandaqui	15	5,5
7. Freguesia do Ó	10	3,8
8. Santo Amaro	42	15,6
9. Santo André	06	2,2
10. Mauá	01	0,3
11. Osasco	03	1,1
12. Itap. da Serra	18	6,6
13. Caieiras	01	0,3
14. Demais	01	0,3
TOTAL	169	100,0

Assim, o SUDS-Centro apresenta um percentual de 41,2% enquanto que todos os demais perfazem o restante de 68,8%. Demonstrando portanto que aqui também não aconteceu o que em tese dever-se-ia acontecer, ou seja que o maior contingente de pacientes, fosse provenientes da área do SUDS-1 (área Central).

Também aqui se percebe que entre todos os demais SUDS, as presenças dos SUDS(s) de Santo Amaro e do Butantã se fazem notar de forma diferente dos demais, sendo de 15,6%, 13,0% as frequências relativas dos mesmos, que somando com a do SUDS-1 alcança o número de aproximadamente 70% do total.

As considerações e observações sobre tais fatos não diferem daquilo que se considerou quando da análise do Pronto Atendimento das Crianças.

2.4 Análise de algumas variáveis em função da

procedência dos pacientes segundo o ERSAS-SUDS-1 (Região Central) e Todos os Demais ERSAS-SUDS.

- Diagnósticos e SUDS

A Tabela 13 apresenta as distribuições das frequências dos capítulos das Doenças da CID, mais prevalentes e a procedência dos pacientes segundo o SUDS-Centro e os Demais.

TABELA 13

Pacientes atendidos no **Serviço de Pronto Atendimento**
de Adultos do Hospital Humberto I, **segundo a**
procedência dos pacientes (ERSA(S)/SUDS)
e os capítulos da CID

ERSA(S)/ SUDS Capítulos CID	I - Centro		Todos os Demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
XVII - Lesões e Envenenamentos	20	18,8	23	15,1	43	16,7
VIII - Aparelho Respiratório	18	16,9	26	17,1	44	17,1
XIII - Sist. Ósteo Musc. e Tec. Conj.	14	13,2	13	8,5	27	10,5
VII - Aparelho Circulatório	09	8,4	16	10,5	25	9,7
X- Apar. Genito- Urinário	04	3,7	16	10,5	20	7,8
IX - Apar. Digestivo	09	8,4	09	5,9	18	7,0
VI - Sistemas Nervoso e Org. Sentidos	06	5,6	09	26,3	15	5,8
Todos os demais	26	24,5	40	26,3	66	25,5
TOTAL	106	100,0	152	100,0	258	100,0

E como se pode perceber, há um comportamento uniforme dos mesmos em relação à maioria dos capítulos, no sentido de que cada um dos locais, comparece com percentuais semelhantes entre si e em relação ao total.

Assim, não há diferença entre as "fraturas", "as pneumonias", "as lombalgias", "as doenças hipertensivas" e de todos os demais, em termos de sua procedências ser do SUDS-Centro ou de outros SUDS.

Excetua-se como pode se verificar, as doenças do aparelho genito urinário, que têm quase 3(três) vezes mais de suas origens, provenientes dos outros SUDS em relação ao Centro (10,5% para 3,7%).

Neste sentido verificou-se que os agravos mais prevalentes, deste capítulo, na amostra em estudo eram as Infecções Urinárias e as Leucorréias (corrimentos vaginais), 60% de todos os casos.

Na tentativa de se buscar alguma evidência que pudesse ao menos fornecer algum sinal indicativo, para explicação deste fato, foi feita uma averiguação entre os Portes dos Procedimentos realizados nas consultas que aconteceram para este capítulo da CID.

E os resultados apontaram que para total de casos neste capítulo aconteceram 45% de consultas médicas simples, (sem medicação aplicada ou procedimento) e 40% de consultas de Porte III, e 15% de consultas Porte V, esta implicando em exames mais complexos. É de relevância o fato

de que estes 15% representam um valor que é quase 3(três) vezes maior, ao valor do percentual do Porte V entre todos os Portes, que foi de 5,2%, como se poderá verificar na Tabela 15 adiante.

Especula-se portanto que a oferta destes "exames complexos" disponível no Umberto I, e não disponível nos serviços dos demais SUDS(s), pudesse ser o indutor desta frequência.

- Faixas de Horário e SUDS

A Tabela 14 apresenta a comparação entre o SUDS-1 Centro com os Demais SUDS em função do horário em que aconteceu a procura pelo Serviço.

Na coluna última à direita tem-se a distribuição das frequências das faixas horárias ao longo das 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Percebe-se, como também se percebeu em relação ao Serviço de Pronto Atendimento das Crianças, que o padrão observado, é o do chamado "horário comercial" onde praticamente 90% do total dos comparecimentos ocorreram entre as 7 e 17 horas.

TABELA 14

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Adultos
do Hospital Umberto I, segundo a
procedência (ERSA(S) - SUDS) e a Faixa de Horário

Faixa Horário	ERSA(S) SUDS	1 - Centro		Todos os demais		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4 hs		03	2,7	05	3,1	08	3,0
4 - 8 hs		20	18,0	35	22,1	55	20,4
8 - 12 hs		48	43,2	56	35,4	104	38,6
12 - 16 hs		22	19,8	34	21,5	56	20,8
16 - 20 hs		14	12,6	21	13,2	35	13,1
20 - 24 hs		04	3,6	07	4,4	11	4,1
TOTAL		111	100,0	158	100,0	269	100,0

Em relação aos SUDS(s), pode-se constatar que não há diferença entre os mesmos.

- Portes dos Procedimentos e SUDS

A comparação feita entre o SUDS-1-Centro e Todos os Demais, conforme a Tabela 15 evidencia que 45% das consultas foram de Porte II, ou seja consulta médica simples, que não se acompanham de procedimentos ou medicação.

Como foi colocado anteriormente, esta informação é parcial ou incompleta, pois diz apenas que não foi feita a aplicação de medicamentos pelo serviço, mas omite, se foi ou não prescrito algum medicamento.

TABELA 15

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Adultos
do Hospital Humberto I, **segundo a**
procedência dos pacientes (ERSA(S)/SUDS) e os Portes dos
Procedimentos realizados no ato da Consulta

<div>ERSA(S)/SUDS</div> <div>Portes Procedimentos</div>	I - Centro		Todos os demais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II	53	47,7	68	43,0	121	45,0
IV	16	14,4	26	16,5	42	15,6
III	13	11,7	25	15,8	38	14,1
VII	11	9,9	14	8,9	25	9,3
V	05	4,5	09	5,7	14	5,2
VI	03	2,7	03	1,9	06	2,2
VIII	03	2,7	03	1,9	06	2,2
IX	01	0,9	02	1,3	03	1,1
X	01	0,9	01	0,6	02	0,7
Ausentou-se da consulta	05	4,5	07	4,4	12	4,4
TOTAL	111	100,0	158	100,0	269	100,0

Tomando-se como parâmetro o Manual de Planejamento do SUDS-SP da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, de março de 1990, onde se estima a frequência de distribuição dos Portes de Procedimentos para as Entidades sem fins lucrativos, tem-se, para o Porte II uma estimativa de 27,9%, por isto acredita-se que este valor de 45% é super estimado. Ou seja muitos dos pacientes tiveram medicação prescrita, só que não foram aplicados pelo Serviço, e daí não contabilizados.

O estudo existente sobre Avaliação da Atenção a Saúde na Rede Básica⁽¹⁸⁾, centrado na clínica de adultos do Centro de Saúde Escola de Paulínia, onde se coletou dados referentes a 663 consultas que foram prestados a clientela, mostraram que 23% das consultas não requereram, em termos de conduta, aplicação ou receita de medicamentos.

Nas consultas de Porte IV (com exame laboratorial e procedimento de média complexidade) ocupa no caso, a 2ª ordem de classificação com 15,6% abaixo dos 19,2% estabelecido no Manual de Planejamento do SUDS - referido acima.

No estudo do C.S.E. de Paulínia, observou-se que 46% das consultas realizadas tiveram exame de laboratório solicitado, e do total do universo amostral, 28% tiveram pelo menos 1 exame de laboratório solicitado.

As consultas de Porte III - com medicação aplicada e/ou procedimento simplificado (curativos) atingiu

14,1% do total, o que reflete uma cobertura medicamentosa baixa, tomando-se como base o parâmetro do manual referido que é de 20%. E ainda o estudo de Paulínia onde 67% das consultas tiveram prescrição terapêutica medicamentosa.

É correto pensar no entanto que pode ter havido um número bem maior de consultas com medicação (prescrita ou aplicada), só que por razões óbvias de faturamento, foram lançadas ou catalogadas nos Portes de maior hierarquia, em função de procedimentos ou exames que também foram realizados e portanto prevaleceram, no momento da classificação.

Já as consultas dos Porte VII - caracterizadas pela necessidade de procedimentos diagnósticos e terapêuticos complexos, incluindo neste grupo o tratamento de traumas-osteo-mio-articulares de menos complexidade, perfizeram 9,3% do total, bem acima dos 3,4% estabelecidos como parâmetros no manual.

Em relação aos dados do CSE de Paulínia, não foi possível estabelecer uma comparação adequada, pela falta de outras informações. Mas apenas a título de informação, teve-se que 85% do total não requereu nenhum procedimento diagnóstico complementar do tipo E.C.G., Rx de Torax, P.P.D., Endoscopia, Urografia Excretora, Rx de Coluna Vertebral, Abreugrafia, Rx de Ossos e Biópsia de Pele, e somente 15% é que vão requerer algum tipo destes exames referidos acima, dos quais prevaleceram os três primeiros⁽¹⁸⁾.

As consultas de Porte V - com exames laboratoriais complexos (Hemograma-Eletrocardiograma ou múltiplos exames), têm no Manual um parâmetro estabelecido de 6,5% maior portanto do observado aqui. No estudo de Paulínia, embora não se dispondo de informação direta, pode ser feita inferência através dos dados disponíveis, e este valor atingiu em torno de 8%⁽¹⁸⁾.

E finalmente as consultas de Porte VI, que implica na realização de Raio X simples ou ultrasonografia atingiu o número de 2,2%; abaixo portanto dos 8,8% do Manual e também dos 6,0% que se estimou para Paulínia.

Analizando estas distribuições retro-comentadas em torno do eixo de escolha definido, ou seja a comparação do SUDS-1 e os Demais não se percebe nenhuma diferença relevante entre os resultados encontrados.

- Categorias de Encaminhamentos e SUDS

A Tabela 16 apresenta os resultados em função das categorias de Encaminhamentos adotados após as consultas do Pronto Atendimento realizadas em função do SUDS-1-Centro e Todos os Demais SUDS.

Como foi comentado este tipo de análise visa verificar em certa medida e sob determinado enfoque o nível ou o grau de resolubilidade do serviço. Embora esteja sujeita à uma série de restrições como se considerou em capítulos anteriores.

TABELA 16

Pacientes atendidos no
Serviço de Pronto Atendimento de Adultos do
Hospital Umberto I, **segundo as Categorias de**
Encaminhamento e a procedência dos pacientes
(ERSA(S)/SUDS)

<div>ERSA(S) SUDS</div> <div>Categorias de Encaminhamento</div>	I - Centro		Todos os Demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	84	75,7	111	70,3	195	72,5
Ambulatório Especialidade	13	11,7	32	20,3	45	16,8
Ausentou-se da consulta	04	3,6	07	4,4	11	4,4
Retorno na Unidade	04	3,6	03	1,9	07	2,6
Internação	01	0,6	01	0,9	02	0,7
Sem Informação	05	4,5	04	2,5	09	3,3
TOTAL	111	100,0	158	100,0	269	100,0

Em termos de distribuição de frequências, a categoria de encaminhamento que mais prevaleceu foram as ALTAS, com 72,5% do total. Uma frequência também relativamente grande, tal qual se verificou no Serviço de Pronto Atendimento das Crianças.

Na categoria de Encaminhamento para outros serviços predominou o ambulatorial de especialidades, com 16,8%. Um número relativamente alto em se tomando como comparação o estudo realizado no C.S.E. de Paulínia, na Clínica de Atendimentos de Adultos onde se constatou que de total de Consultas apenas 4,2% dos pacientes foram encaminhados aos ambulatórios de especialidade⁽¹⁸⁾.

Estas diferenças observadas, podem em parte ser compreendida pelo fato de que ao caso do Pronto Atendimento do Hospital Umberto I existem condições concretas e objetivas que funcionam como mecanismos indutores ou catalizadores ou no mínimo facilitadores deste processo de encaminhamento.

Assim, deve ser citado:

- A característica principal do Hospital de ser ou ter uma atividade hegemonicamente "cirurgica". E neste sentido, o Pronto Atendimento funciona como porta de entrada, para as cirurgias eletivas captando esta clientela, encaminhando ao Ambulatório de Especialidades, onde o processo de internação é garantido e agilizado.

- A própria presença do Ambulatório de

Especialidades, que está localizado ou faz parte do Conjunto dos Serviços do Hospital Umberto I. Isto evidentemente diminui ou exclui uma série de procedimentos burocráticos, no sentido de se finalizar o encaminhamento necessário.

- A presença de uma série de serviços de Apoio diagnóstico, além do laboratório de análises clínicas, também integrantes do conjunto de Serviços do Hospital, e portanto com menos obstáculos burocráticos.

- As articulações mesmo informais que existem entre os profissionais que atuam nestes Serviços de Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades, Serviços de Apoio Diagnóstico, Serviços de Internação, facilitadas pela proximidade física e estimulada por interesses profissionais ou outros.

A título de ilustração, em se considerando que a média mensal de Atendimento no P.A. de Adulto gira em torno de 10.000 (dez mil) e que destes 16,8% (ou seja 1680 pacientes) são encaminhados ao ambulatório de especialidades, e que estes tinham em 1990 em média mensal de 5.000 (cinco mil) consultas, pode-se concluir que só o P.A. de Adulto é responsável por algo em torno de 30% dos pacientes que demandam o Ambulatório de Especialidades.

A análise da categoria de Internações, como outra alternativa de Encaminhamento fica prejudicada, na medida em que como se informou, na sistemática de registros das Fichas de Atendimento, os casos Internados no Hospital não são registrados nestas fichas., daí o percentual 0.7%.

verificado, se torna inútil à qualquer consideração.

A observação comparada da distribuição destas frequências entre os SUDS-1-Centro e Todos do Demais, revela uma semelhança entre a categoria de "Altas", e algumas diferenças significativas nas categorias de "Ambulatório de Especialidade" e "Retorno na Unidade", demonstrando que em relação à primeira há um número bem maior (quase 2(duas) vezes) de Encaminhamentos dos pacientes oriundos dos Outros SUDS (20,3% em relação ao SUDS-1-Centro. E na categoria de "Retorno" o SUDS-1-Centro com 3,6% é também quase 2(duas) vezes maior do que os "retornos" dos outros SUDS(s) (1,9%).

No que tange aos "retornos" pode se computar estas diferenças, em parte pela proximidade geográfica e "facilidade" de retorno dos pacientes da região central. Agora em relação aos Encaminhamentos, pode-se admitir que há uma busca "ativa", não natural de determinados Serviços de Especialidades, não existentes ou disponíveis ou acessíveis nas áreas dos outros SUDS, que poderia explicar, não plenamente, este fato.

Buscando-se uma evidência particular que se diferenciasse neste aspecto de Encaminhamento ao Ambulatório de Especialidades, em relação aos Demais SUDS(s), constatou-se averiguando os dados que o SUDS-3-Vila Prudente, teve 50% dos seus casos classificados nesta categoria assim como o SUDS-7-Freguesia do Ó teve 40%, número bastante diferente do geral que foi de 16,8% e dos outros SUDS(s), onde

experimentou-se variações a nível dos SUDS do município de São Paulo, que variaram de 14,7% do Butantã (SUDS-2) a nenhum caso como o SUDS-4-Penha de França.

3. O Serviço de Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia

Na apresentação dos resultados do Serviço de Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia necessário se faz uma informação preliminar, que não foi referida quando da oportunidade da apresentação do capítulo referente a material e método.

Trata-se da sistemática existente sobre o fluxo destes pacientes até acessarem este serviço, que passa por uma triagem preliminar, no Serviço de Pronto Atendimento de Adulto.

Assim a paciente preenche junto ao funcionário encarregado, dados pessoais existentes na F.A.A., e na chamada para o atendimento é solicitado a responder qual o motivo da procura e em função da resposta, que é avaliada por um profissional, geralmente não médico, a mesma é encaminhada ao Serviço de Atendimento de Gineco-obstetrícia, se no julgamento de sua queixa, esta foi catalogada como tal.

3.1 A Demanda segundo a Faixa Etária

A análise da demanda segundo o sexo, é dispensável por razões óbvias.

No que diz respeito as faixas etárias deste grupo, a Tabela 17 apresenta a distribuição de frequências das mesmas. E o que se observa é que a faixa etária de 10 a 49 anos é a prevalente com 82,3% do total de casos.

Resultado de modo geral coincidente quando se analisa estes dados em relação ao Pronto Atendimento de Adultos do Hospital Umberto I, ou mesmo da rede básica de Unidades de Saúde^(32,33,36,79).

TABELA 17

Pacientes atendidas no serviço de
Pronto Atendimento de Gineco-Obstetrícia,
do Hospital Umberto I, **segundo a faixa etária**

Faixa Etária	frequência anos	Nº	%
15 - 19		27	10,9
20 - 49		204	82,3
50 e mais		17	6,9
TOTAL		248	100,0

A faixa etária de 20-49 anos se caracteriza por mulheres na sua fase produtiva e fértil.

O percentual de 6,9% encontrado para as faixas etárias de 50 anos e mais, é relativamente pequena, comparando-se com os dados da rede básica do município de Penápolis, onde este percentual alcançou um número em torno de 22% (33). Embora esta comparação seja dotada de um certo grau de "impureza" ou impropriedade, visto que no estudo de Penápolis a demanda das mulheres às unidades eram para todas as causas, não apenas as ginecológicas e obstétricas, como são as deste estudo.

3.2 O Perfil Morbidade: os capítulos das doenças da

CID-9^a

A Tabela 18 apresenta em ordem decrescente as frequências dos diagnósticos mais prevalentes no perfil desta morbidade ambulatorial.

Provavelmente em função do que foi ressaltado na consideração inicial deste, pode se verificar que além dos capítulos que englobam os agravos ou necessidades de caracter gineco-obstétricos, alguns outros capítulos sem esta caracterização estiveram presentes no total de 7,3% como mostra a Tabela.

TABELA 18

Capítulos das doenças, segundo a
Classificação Internacional das Doenças nos pacientes
atendidos no **Serviço de Atendimento de Gineco-Obstetricia,**
do Hospital Umberto I.

Nº de Ordem	Capítulos da CID	Nº	%
01	Classificação Suple- mentar, fatores e oportunidades	77	31,2
02	Complicações de Grav., Parto e puerpério	76	30,8
03	Aparelho Genito- Urinário	68	27,5
04	II Neoplasmos	08	3,2
05	Todos os demais	23	7,3
	TOTAL	247	100,0

No mais, dois capítulos da CID e a Classificação Suplementar de Fatores que exercem Influência sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contato com os Serviços de Saúde perfizeram 89,5% restantes, com a contribuição praticamente equitativa de cada um dos três.

A Classificação Suplementar (V), referida acima com 31,2% no total, se substanciou através da seguinte composição básica:

- Gravidez Normal	74%
- Pós-Operatório	11%
- Curativos	9%
- Exame Ginecológico	7%

Já no capítulo XI - Complicações da Gravidez-Parto e Puerpério - que têm 30,8% de frequência, foram os seguintes agravos mais prevalentes:

- Falso trabalho de Parto	51%
- Ameaça de Aborto	17%
- Aborto	11%
- Trabalho parto prematuro	5,5%
- Multíparas	4,5%
- Outros	1,1%

O capítulo das Doenças do Aparelho Genito-Urinário teve 27,5% de frequência com a seguinte composição:

- Alterações do Ciclo Menstrual (hemorragias principalmente)	35%
- Infecções Urinárias	23%

- Vulvo-Vaginites

(corrimentos principalmente) 22%

- Doenças de mama 10%

- Outros 10%

O capítulo II - neoplasmas entre todos os demais restantes, se destaca, com 3,2% do total do capítulo.

Neste ponto, é preciso esclarecer que evidentemente o Diagnóstico de neoplasia não foi feito na circunstância do Pronto Atendimento, realizado. Em verdade, através das leituras das fichas e de entrevistas informais com os médicos que atuam neste tipo de Serviço, pode se constatar que, trata-se de diagnóstico já elaborados há algum tempo, e que a paciente prestou a informação.

Enfim, pelo nível do detalhamento, informações prestadas sobre a natureza das patologias, pode-se perceber que o perfil de morbidade desta demanda é bastante compatível com a da demanda da rede de Unidades básicas de saúde, particularmente no que tange à competência ou necessidade de "recursos tecnológicos" para as atividades de diagnóstico e tratamento, com raras excessões.

3.3 A procedência dos pacientes segundo as áreas dos ERSAs-SUDS

A Tabela 19 mostra esta distribuição referida acima.

Verifica-se, que também neste serviço a

procedência dos pacientes dos outros SUDS(s) que não o SUDS-Centro foi de 63,2%. E o padrão de frequência em termos dos SUDS(s) mais prevalentes também se assemelha aos Serviços de Adulto e Crianças, destacando-se o SUDS-Centro com 36,3%, o de Santo Amaro (Zona Sul) com 21,8%, o do Butantã (Zona Oeste) com 12,9%, e ainda o de Itapecerica da Serra (Região Metropolitana) com 60%, onde se realçam nesta contribuição os municípios de Taboão da Serra e Embu, principalmente.

TABELA 19

Pacientes atendidas no Serviço de Pronto Atendimento
de Gineco-Obstetrícia, do Hospital Humberto I,
segundo a procedência da área geográfica correspondente aos
ERSA(S)/SUDS

ERSA(S)/ SUDS	Frequência	
	Nº	%
1 - Centro	90	36,3
2 - Butantã	32	21,8
3 - Vila Prudente	13	5,2
4 - Penha de França	06	2,4
5 - Itaquerá	10	4,0
6 - Mandaqui	06	2,4
7 - Freguesia do Ó	07	2,8
8 - Santo Amaro	54	21,8
9 - Santo André	06	2,4
10 - Mauá	01	0,4
11 - Osasco	03	1,2
12 - Itapecirica da Serra	15	6,0
14 - Caieiras	01	0,4
15 - Demais	04	1,6
TOTAL	248	100,0

No sentido de se averiguar com um nível maior de detalhamento esta procedência em função dos bairros ou distritos dos SUDS mais concorrentes nesta demanda, e tomando-se com a base da análise, uma perspectiva centrífuga, onde o Hospital (em sua localização geográfica) é o ponto central, de origem, pode se dizer que:

Do SUDS-1-Centro, o distrito de maior frequência foi o de Bela Vista, com 52,2% do total de casos. E se a este agregar-se os pacientes oriundos dos bairros da Liberdade, Santa Cecília e os demais da Região Central que circundam o Hospital obter-se-á 64,4% dos casos, desta região "Centro-Centro", ou seja o 1º (primeiro) anel.

Considerando uma linha-imaginária, na constituição de um 2º (segundo) anel, ainda para a Região do SUDS-1, pode se constatar que a contribuição maior de frequência (23,3%) procede da região que se denominou Centro-Sul, (Bairro da Aclimação, Vila Mariana, Paraíso e Jardim Paulista, principalmente). Os restantes 12,3% do total, completa este 2º (segundo) e último anel da região Centro, com os Bairros da região Centro Leste (Brás e Mooca) e Centro Norte (Luz - Ponte Pequena e Canindé).

A região Centro-Oeste, tendo como referência o Hospital na sua localização, se caracteriza por Distritos-Bairros que estão situados no SUDS-2 - Butantã (como foi referido a localização do Hospital na Região Central está nos limites das fronteiras com a Região Oeste, e bem ao

Norte, uma localização deslocada). Estes Bairros são de Cerqueira Cesar-Pinheiros-Perdizes e Sumaré principalmente, que podem ser imaginados como o 1o anel na suposição de completar o círculo em torno do Hospital.

E num exercício aritmético de projeção, (em se considerando esta área como de abrangência real do Hospital), tomando-se o número de casos identificados como provenientes destes bairros retro-referidos, a frequência dos mesmos no total de casos, seria em torno de 10% apenas.

E estes casos catalogados nos SUDS-2 do Butantã onde formal e administrativamente eles se localizam, vão perfazer nesta situação um total de 28,2% do total de casos do Butantã.

Inferindo-se, daí que os demais 71,8% de casos do Butantã, são provenientes não da região fronteira com Centro, mas de bairros mais afastados. E lembre-se, como já foi referido nesta região fronteira, no lado do SUDS-2, está localizado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Em relação ao SUDS-8 Santo Amaro que do total, frequente com 21,8% dos casos, tem-se que a maioria destes casos (63% são provenientes aos Bairros de Santo Amaro e Campo Limpo, além de outros mais distantes.

Ou seja, são casos provenientes do "Sul-distante", e não do "Sul-próximo" (Bairros de Itaim-Bibi, Moema e Brooklin) que contribuem dispersivamente com os 27% restante dos casos.

3.4 Análise de algumas variações em função da origem dos pacientes, segundo o SUDS-1-Centro e Todos os Demais

- A Morbidade e os SUDS(s)

A análise comparativa entre o SUDS-Centro e Todos os Demais em função do Perfil da Morbidade que acontece nos mesmos, pode ser feita através da observação dos dados da Tabela 20.

E como se verificou o padrão de distribuição das frequências dos capítulos da CID, em termos das regiões comparadas, se assemelham de tal forma, que são diferenças insignificantes do ponto de vista estatístico.

TABELA 20

Pacientes atendidos no **Serviço de**
Pronto Atendimento de Gineco-Obstetrícia,
do Hospital Umberto I, **segundos os**
capítulos da CID e a procedência dos pacientes
(ERSA(S)/SUDS)

<div>ERSA(S) SUDS</div> <div>Capítulos da CID</div>	1 - Centro		Todos os Demais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classificação Suplementar Faotres e O -portunidades	23	25,8	53	34,6	76	31,4
XI-Complicações da Gravidez, parto e puerpério	33	37,1	40	26,1	73	30,2
X-Aparelho genito Urinário	21	23,6	46	30,1	67	27,7
Todos os Demais	12	13,5	14	9,2	26	10,7
TOTAL	89	36,8	153	63,2	242	100,0

Apenas pode ser referido que do SUDS-Centro a frequência de maior prevalência é do capítulo XI - Complicações da Gravidez-Parto e Puerpério com 37,1%; enquanto que dos demais SUDS(s) a "Classificação Suplementar" prepondera com 34,6% e o capítulo XI Complicações de gravidez, parto e puerpério se coloca na 3a. ordem de classificação com 26,1%.

Considerando que a prevalência maior neste capítulo é a do falso trabalho de parto (51%) e considerando a facilidade de acesso, esta diferença entre o Centro e o Demais SUDS(s) pode em parte ser compreendida.

- Faixas de Horário de Procura do Serviço e
SUDS(s)

Aqui também não houve diferença significativa que pudesse ser evidenciada através da apropriação e análise desta variável (Horário da procura do Serviço).

É o que se pode verificar pelos dados da Tabela 21, onde principalmente nas faixas do horário chamado "comercial" (4-8 horas, 8-12 horas, 12-16 horas e 16-20 horas) a distribuição de frequência entre os SUDS(s) comparados são equivalentes. Neste sentido, pode se observar que também neste serviço, tal qual o verificado nos outros serviços analisados, nestas faixas de horário mencionadas a frequência foi de 92,8%; sendo que os 72% restantes se

distribuíram nas faixas de 20-40 horas e 0-4 horas de forma equitativa.

TABELA 21

Pacientes atendidos no Serviço de Pronto
 Atendimento de Gineco-Obstetria do
 Hospital Umberto I, segundo as Faixas Horárias e a
 procedência
 (ERSA(S)/SUDS)

ERSA(S) SUDS Faixa Horária	I - Centro		Todos os demais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4 hs	02	2,2	07	4,4	09	3,6
4 - 8 hs	09	10,0	18	11,4	27	10,9
8 - 12 hs	38	42,2	64	40,5	102	41,2
12 - 16 hs	22	24,4	47	29,8	69	27,8
16 - 20 hs	14	15,6	18	11,4	32	12,9
20 - 24 hs	05	5,6	04	2,5	09	3,6
TOTAL	90	100,0	158	100,0	248	100,0

As diferenças observadas nas faixas extremas deve ser relevadas, mas é limitada, pelo número pequeno de casos existentes.

- Os Portes de Procedimentos e os SUDS(s)

A Tabela 22, mostra que também aqui neste serviço, em termos de uma análise global, a distribuição frequência dos Portes dos Procedimentos vai se assemelhar ao de Crianças e Adultos.

TABELA 22

Pacientes atendidas no Serviço
de Pronto Atendimento de Cineco-Obstetrícia
do Hospital Umberto I, segundo os portes dos
procedimentos e a procedência dos pacientes.

(ERSA(S)/SUDS)

Portes dos Procedimentos ERSA(S)/ SUDS	I - Centro		Todos os Demais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	00	0,0	00	0,0	00	0,0
II	52	57,9	95	60,1	147	59,3
III	03	3,3	14	8,9	17	6,9
IV	22	24,4	29	18,4	51	20,6
V	03	3,3	00	0,0	03	1,2
VI	05	5,6	07	4,4	12	4,8
VII	03	3,3	07	4,4	10	4,0
Sem Informação	02	2,2	06	3,8	06	3,2
TOTAL	90	100,0	158	100,0	248	100,0

As consultas de Porte II - consultas simples, que não foram acompanhadas de nenhum procedimento e nem de aplicação de medicamentos no ato de sua realização perfizeram 59,3%.

As consultas de Porte IV - onde se realiza algum tipo de exame de laboratório (pregnosticam ou Urina I no caso), perfizeram 20,6% do total. A somatória das 2(duas) - chega a 80%.

As consultas de Porte III - ou seja aquela em que se teve a aplicação de medicação no ato da consulta perfizeram 6,9%. Embora neste sentido restrito, acredita-se haver uma sub-estimação dos casos que tiveram assistência medicamentosa no atendimento, visto que a realização de exames e/ou a execução de outros procedimentos concomitantes, vão levar esta classificação a outros portes, principalmente Porte IV.

É relevante que as consultas de Porte VI, que implica na solicitação de Raio X e Ultra-sonografia, terem uma prevalência de 4,8%; bem maior do que a prevalência de 1,2% das Consultas de Porte V, que se acompanham de Hemograma Completo, ou Eletrocardiograma. O que é esperado, em função da característica de clientela e de natureza das patologias que demandam o serviço.

Uma observação de ordem geral, que se considera pertinente a sua sinalização neste contexto da discussão, é o fato de que não se percebem, pela leitura do

histórico descritivo sobre o atendimento feito, (que está no corpo da ficha) a informação mínima que fosse da realização do exame citológico da secreção vaginal, (Exame de Papanicolau).

E salvo melhor juízo, em se considerando o perfil da faixa etária preponderante nesta clientela, e ainda as ações que se recomendam no Programa de Prevenção de Cancer Ginecológico, dentro da questão da Assistência à Saúde da Mulher, é que se pode afirmar, o que se afirmou em capítulos anteriores, que os Serviços de Pronto Atendimento tal qual estão concebidos e operados, se constituem em "locus" de "oportunidades perdidas" pelo Sistema prestador de serviços de saúde.

Quanto à comparação entre os SUDS-Centro e os Demais, além das semelhanças observadas para a maioria dos atendimentos em termos de seus Portes. Isto é os Portes II, IV, VI e VII têm frequências que se equivalem, e perfazem quase que 90% do total, há que revelar as diferenças verificadas para os Portes III e V. Embora em relação ao Porte II o número absoluta é bastante pequeno.

E no sentido de se especular as razões destas diferenças, não foi possível conjecturar se estas são de ordem epidemiológica, administrativa ou de qualquer outra natureza.

- As Categorias de Encaminhamentos e os
SUDS(s)

A Tabela 23 apresenta os resultados
referentes a este tipo de análise.

A exemplo dos demais serviços, a categoria de alta prevalece; (é o padrão dos Serviços de Pronto Atendimento).

Embora neste serviço ela seja a maior frequência entre os demais (51,2%), se comparada com os outros 2(dois) serviços em estudo, ela foi a de percentual menor; 88,3% para as crianças e 72,5% para os adultos.

TABELA 23

Pacientes atendidos no **Serviço de Pronto Atendimento**
de Fine-Obstetrícia do Hospital Umberto I,
segundo as categorias de Encaminhamento e a
procedência dos pacientes.

(ERSA(S)/SUDS)

<div>ERSA(S) SUDS</div> <div>Categorias de Encaminhamento</div>	1 - Centro		Todos os demais		Totais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	50	55,5	77	48,7	127	51,2
Ambulatório Ginecologia	13	14,4	30	19,9	43	17,2
Pré-Natal	07	7,8	17	10,8	24	9,6
Internação	07	7,8	06	3,8	13	5,2
Retorno ao Serviço	12	13,2	22	13,9	34	13,6
Ausentou-se	02	2,2	06	3,8	08	3,2
TOTAL	90	100,0	158	100,0	248	100,0

Percebe-se ainda que há necessidade de uma retaguarda de outros serviços, para o Serviço de Pronto Atendimento de clientela e patologias, com as características que se verificou.

Assim, para o Ambulatório de Especialidades (ginecologia) foram encaminhados de 17,2% do total de casos. Indicando a necessidade de procedimentos (conhecimento mais complexos/especializados e/ou o seguimento mais sistematizado no processo de diagnóstico e cura. A título de comparação no Serviço de Adulto este percentual foi de 16,8%, e no de Criança foi de 6%.

Ao Serviço de Pré-Natal foram encaminhadas apenas 9,6% dos pacientes. E diga-se "apenas", em função do número observado de categorias V.222 - diagnóstico de gravidez normal, que no total foi de 21,3%. A explicação é pelo fato que provavelmente estas não encaminhadas já tinham o "diagnóstico fechado" de gravidez e já estavam sendo acompanhadas por um Serviço de Pré-Natal. E procurou o Serviço por algum sintoma ou sinal, intercorrente do processo gestacional, e que acabou sendo classificado apenas como gravidez normal.

Também, em relação a categoria de Internações, deve ficar ressaltado que o número de 5,2% observado, é subestimado, e não reflete a verdade que acontece neste aspecto. Pois, em função da metodologia adotado, o registro e a contabilidade das internações

referidas neste estudo só dizem respeito, daquelas que aconteceram ou foram encaminhadas para outros leitos hospitalares, que não os de Umberto I.

As internações que aconteceram nestes leitos, não fazem parte do universo da amostra em estudo.

E registre-se também que a categoria de Retorno na Unidade, apresenta um percentual relativamente alto (13%), quando se compara com os serviços de crianças (3,05) e de adultos (2,6%).

Na comparação entre os SUDS-Centro e Todos os Demais SUDS, não se pode, de uma maneira geral, estabelecer diferenças significativas, em função do observado, já que eles, os SUDS(s), tem distribuição de frequências semelhantes entre as diversas categorias de alta.

A exceção a ser ponderada, conforme mostra a Tabela 23, reside na categoria de Internação, onde para o SUDS-Centro observou-se o dobro de encaminhamentos, para os outros Hospitais, em relação aos demais SUDS(s).

Uma explicação razoavelmente aceita para tanto, (visto que tem uma lógica) é a de que pelo fato dos pacientes da Região Central terem disponíveis na sua região outros serviços acessíveis (Hospital das Clínicas, Santa Casa, Maternidade São Paulo), procura-se privilegiar com os leitos do Umberto I, a clientela de outras regiões, onde estes serviços não são tão fartos e disponíveis.

IX - COMENTÁRIOS FINAIS

Não obstante, a metodologia adotada, bem como os resultados apresentados, se caracterizarem pela apropriação e estudo individualizado de cada um dos 3(três) serviços, considerou-se pertinente destacar algumas conclusões de ordem geral que sintetizem e ressaltem as grandes questões do trabalho relacionados ao Modelo Assistencial.

- A metodologia utilizada, nos termos de se proceder o estudo individualizado dos serviços, mostra-se pertinente, para os estudos que objetivam a analisar o perfil da morbidade da demanda, que se apresentou diferente conforme as faixas etárias e sexo. No mais, o comportamento das outras variáveis, não foi diferente entre os serviços, de uma maneira geral. Fala-se principalmente da procedência geográfica, das Faixas de Horário, e dos Portes de Procedimentos.

- Houve também uma diferença que se observou, não só em relação a morbidade, mas também em relação aos Encaminhamentos, onde a categoria de "Alta" foi bem maior nos Serviços de Crianças e Adultos do que no de Gineco-Obstetrícia.

- A F.A.A. é um bom instrumento para subsidiar o processo de Planejamento - Organização e Controle dos Serviços Ambulatoriais, na medida que se

constitui como uma fonte de informação contínua e institucionalizada no Sistema Nacional de Saúde⁽⁵³⁾.

- De um modo geral os Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, considerando o Universo amostral que foi estudado, em que se excluiu casos internados, têm uma demanda que se caracteriza tal qual a demanda da chamada rede de unidades básicas de saúde.

Esta identidade se faz presente em relação ao sexo, idade, horário de procura do atendimento, procedimentos, exames solicitados, assistência farmacêutica (medicamentosa) e perfil morbidade segundo a CID.

Em relação a esta última, esta identidade não é plena, e se destacam duas excessões, nos Serviços de Adultos e de Crianças, onde as Lesões e Envenenamentos (traumas-ferimentos e queimaduras) estão presentes como causas prevalentes e na rede básica de saúde, ainda não. Também em relação ao Serviço de Adulto, as Lombalgias, são um agravo frequente.

- Os Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I, atendem a uma demanda, cuja maioria é proveniente de outros SUDS(s), que não o SUDS-1-Centro onde o Hospital se localiza.

- E destes SUDS(s) que não o SUDS-1-Centro, os mais destacados em termos de frequência são os SUDS-8-Santo Amaro (Zona Sul) e o SUDS-2-Butantã (Zona Oeste).

- Na comparação entre o SUDS-Centro com os Demais, e mesmo dos Demais entre si, utilizando-se das

variáveis Horário, Capítulos da CID, Portes de Atendimento e Encaminhamentos, não se observou nenhuma diferença ou evidência significativa ao ponto de explicar este fato.

- Esta circunstância ou situação detectada pode provavelmente ser reflexo de algumas condições, tais como:

- . ausência física de Pronto Socorro - Pronto Atendimento nas outras áreas

- . ausência física de unidades Básicas de Saúde nas outras áreas

- . Inoperância das Unidades Básicas de Saúde e ou de Pronto Socorro, Pronto Atendimento nas outras áreas.

- . Privilegiamento ou exclusividade das Unidades Básicas de Saúde, de outras áreas em outras ações de saúde, em detrimento do atendimento da demanda espontânea

- . Pouca resolutividade destes serviços de saúde por falta ou inadequação tecnológica, ou por falta de retaguarda Ambulatorial especializada e/ou hospitalar, para dar fluxo aos Encaminhamentos necessários.

- . Pouca credibilidade da população, no sentido de se motivar a esta procura.

- . Falta de informação da população sobre as disponibilidades e possibilidades dos Serviços.

- . Costume e tradição da população de procurar determinados serviços para determinados problemas.

- A característica principal do atendimento

realizado nestes serviços, é o de estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos sinais e sintomas dos indivíduos, no ato do atendimento ou através dos Encaminhamentos.

- Não se observou nenhuma prática ou ação para identificar fatores de riscos e/ou encaminhamento para Serviços com atuação Programática.

- Pode-se inferir também que os Serviços de Pronto Atendimento do Hospital Umberto I na medida que dispõem de retaguarda Ambulatorial Especializada e Hospitalar no "Conjunto Umberto I", se constitui como porta de entrada importante de pacientes para estes serviços.

- A questão da incorporação do atendimento da demanda espontânea na rede de serviços se apresenta como real necessidade e de tendência irreversível.

- Há que se incorporar no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde o chamado Pronto Atendimento, disponível ao cidadão num local próximo e acessível de seu domicílio e trabalho. Todavia, o que se deve discutir e qual é, ou quais devem ser as características que hegemonicamente vão predominar neste processo de trabalho, e quais os estímulos externos que estarão presentes na conformação deste processo.

Seria o transporte ou o deslocamento puro e simples deste "modo operacional vigente" nos Prontos Atendimentos dos Hospitais Públicos ou Privados para dentro das Unidades (onde questão a ser gerenciada seria apenas a área física, turnos de funcionamento, apoio diagnóstico,

assistência medicamentosa e referência para os serviços de retaguarda?). Aliás, já seria um avanço... E mais o financiamento do custeio destas atividades na rede pública de unidades básicas seria baseado e estabelecido nos moldes atuais?

Isto é a produtividade estabelecida em tabelas de Portes, cujo valores, variam em função de fatores imponderáveis e que fundamentalmente privilegiam e pior dão exclusividades às ações curativas e solenemente desconhecem dos demais.

Não deve ser por esta perspectiva. É inaceitável este "risco de contaminação" que a rede de Unidades Básicas de Saúde pode sofrer, se nestes moldes as coisas acontecerem.

Tendo então, não só como irreversível esta possibilidade, mas também como necessária e desejável, e com a preocupação, de como que esta incorporação vai se dar e expandir, propõe-se uma outra lógica que referencie a organização, o funcionamento e o financiamento deste serviço.

E esta lógica, coloca este serviço de Pronto Atendimento, como um Serviço integrante e integrado na Unidade Básica de Saúde, e que deve estar organizado para funcionar em duas vertentes que não se anulam (pelo contrário se integram). A este respeito foi se buscar e (recomenda-se) as idéias colocadas por Dalmaso (1989), quando da discussão e avaliação desta prática a nível do

Centro de Saúde Escola do Butantã(27,60).

A primeira é calcada na ação do diagnóstico e tratamento das queixas, e a segunda (na mesma oportunidade) é o desenvolvimento de ações, tais e quais, que configure a este Pronto Atendimento, uma condição, ou uma característica de ser o grande detector e captador e encaminhador de pacientes para a chamada Atuação Programática.

- Independentemente das prováveis causas desta situação, o fato é que, estas considerações feitas refletem que a construção de um modelo assistencial, contemplando os princípios da municipalização da rede básica, regionalização do atendimento à saúde, integração entre os serviços, integralidade e hierarquização das ações está ainda por acontecer.

X - BIBLIOGRAFIA

- 1 - ACURCIO, F.A.; et al. Procura de Serviços de Saúde a partir da percepção de problemas de saúde: O usuário como fonte de informação. Trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 1990.
- 2 - ALMEIDA, T.R.R. Estatização e Privatização. Brasília, (mimeografado), 1979.
- 3 - BRAGA, J.C.S & PAULA, S.G. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- 4 - BRASIL DECRETO Nº 94.657, de 20 de Julho de 1987. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho, Seção 1, p. 11.503. Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e dá outras providências.
- 5 - BRASIL Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987. 1987 Ano da Reforma Sanitária, Rio de Janeiro. Texto proposto par ao componente saúde na nova Constituição Brasileira. 8ª Reunião de 30 a 31 de março de 1987.
- 6 - BRASIL. Consituição Federal. Brasília, 1988.
- 7 - BRASIL. Decreto Lei nº 4.682 de 24/01/1923;
- 8 - BRASIL Lei 6.168 de 9 de dezembro de 1974 - Dispõe sobre a criação do Fundo de Apôio ao Desenvolvimento Social. D.O.U., Brasília, 1974.

- 9 - BRASIL. LEI 6.229 DE 17\7\75. DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.
- 10 - BRASIL Lei 6.439 de 1/9/1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. D.F.-Brasília, 1977
- 11 - BRASIL. Lei nº 8.080 de 19\09\90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, nº 182: 18055-18059, Brasília, 1990.
- 12 - BRASIL Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 1990.
- 13 - BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, 3a ed. Brasília, 1983.
- 14 - BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério do Interior/Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde Prev-Saúde, Brasília, (Doc. versão preliminar), 1980.

- 15 - BRASIL. Resolução CIPLAN no 3, de 25 de março de 1981. Aprova as normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas, MS\MPAS, Brasília, 1981.
- 16 - BRASIL. Resolução CIPLAN nº 06/84. Aprova a estratégia de reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde, consubstanciada nas "Ações Integradas da Saúde", entre os governos Federal, Estaduais e Municipais. MS\MPAS. Brasília, 1984.
- 17 - CALIXTO, A.G.Z. & NOGUEIRA, J.L. Atendimento médico e Morbidade de um Centro Municipal de Saúde de Botucatu-SP. Trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia - Campinas, 1990.
- 18 - CAMPOS, G.W.S. et al. Avaliação da Qualidade de Atenção à Saúde na Rede Básica. IN: Cadernos de Saúde Pública, R.J. 5(1):45-59, jan/mar, 1989.
- 19 - CAMPOS, O. Estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o Planejamento em Saúde. Rev. Saúde públ., São Paulo, 3:79-81, 1967.
- 20 - CAPOTE, R. O processo de organização e a regionalização dos serviços. OPAS, Washington, D.C., (mimeografado), 1987.
- 21 - CASTRO, C.G.J. Estudo do Perfil da Morbidade de Ambulatório de Especialidades de Adultos do Hospital Umberto I. Trabalho apresentado no Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública - Disciplina HEP-704, (mimeografado), 1990.

- 22 - CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, URSS, 1978. Relatório Final. Brasília, OMS/UNICEF, 1979.
- 23 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5ª, BRASÍLIA, 1975. ANAIS. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975.
- 24 - CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde.
- 25 - CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.
- 26 - DALLARI, S.G. Municipalização de Serviços de Saúde. São Paulo. Ed. Brasília, 1985.
- 27 - DALMASO, A.S.W. et al. Avaliação e Organização de Serviços de Saúde: Acompanhamento da Implantação de um modelo programático de atenção à saúde a partir do pronto atendimento. 1988-1990. Versão preliminar, SP., (mimeografado), 1990.
- 28 - DUTILH NOVAES, H.M. et al. Avaliação do Atendimento Ambulatorial. IN: Caderno de Ciência e Tecnologia - 1 - Divulgação em Saúde para Debate-ISSN. 0103-4383, p. 62-4, Londrina, 1991.
- 29 - FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canadá, E.U.A., Carnigie Foundation for Advancement of Teaching, 1910.
- 30 - FUNDAÇÃO do Desenvolvimento Administrativo. FUNDAP, São Paulo. Perspectivas institucionais de descentralização em saúde. São Paulo, (Documentos de trabalho, 24), 1988.

- 31 - GENTILE, C.M. O sistema de saúde em crise. São Paulo, CEBES, Hucitec, 1981.
- 32 - LEBRÃO, M.L. Classificação Internacional de Motivos de Consulta, para a Assistência Primária. Teste em algumas áreas Brasileiras. Rev. Saúde públ., São Paulo, 19:69-78, 1985.
- 33 - LIMA, V.V. Morbidade Ambulatorial - Município de Penápolis, 1989. Estudo do Perfil de Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Trabalho apresentado no Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Disciplina HEP-704, SP, (mimeografado), 1990.
- 34 - LOLIO, C.A de Atenção médica de primeira linha: levantamento da morbidade da demanda do Centro de Saúde -Escola do Butantã, São Paulo, SP, de Agosto de 1977 a Julho de 1979. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, 1980.
- 35 - LOPES, I.M. et al. Morbidade almbulatorial en el adulto. Servicio de Salud Metropolitanos Norte. Cuadernos Med.-Soc., Santiago del Chile, 25:23-9,1984.
- 36 - MACHADO, F.A. Sugestões para um modelo alternativo de atenção à Saúde. IN: Saúde e Debate. Março 1991, 31:31-53, Londrina, Paraná, 1991.
- 37 - MENDES, E.V. Sistemas Locais de Saúde. Brasília,

OPS, 1990.

- 38 - MENDES, E.V. Modelos Assistenciais. Brasília, (mimeografado), 1986.
- 39 - MENDES, E.V. Importância de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. IN: Los Sistemas Locales de Salud. OPAS, Publicación Científica, nº 519, p.21-28, Washington, D.C., 1990.
- 40 - MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Tese de Doutorado na Área de Medicina Preventiva da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, 1986.
- 41 - MENDES GONÇALVES, R.B.et al. Seis teses sobre ação programática de saúde. Comunicação apresentada ao 2º Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, (mimeografado), 1989.
- 42 - MERCADANTE, O.A. Modelo Assistencial: Conceito e Operacionalização. mimeo. SP, 1987.
- 43 - MERHI, E.E. São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde Pública como Política - Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 1990.

- 44 - MICHELONI, A. et al. Resolutividade da Rede Básica
(Docente Assist./PUCC) interface e adequação com o
nível 2º de referência. Trabalho apresentado no 1º
Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas,
1990
- 45 - MINISTÉRIO da Previdência E Assistência Social -
Portaria MPAS nº 3728 de 23 de abril de 1986 -
Aprova a minuta padrão de Convênio entre o INAMPS e
Entidades Filantrópicas e Beneficientes.
BS/DE/INAMPS/97, de 28/5/86.
- 46 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social,
Ministério da Saúde, Ministério da Educação e
Cultura Ações Integradas de Saúde, Brasília,
1984.
- 47 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social/MPAS-AIS
- Atendimento Ambulatorial e Hospitalar Integrado.
Seminário de Avaliação. São Paulo, 1986.
- 48 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social -
Portaria nº 4090 de 28 de setembro de 1987. Diário
Oficial, Brasília, 21 de outubro, Seção 1 - p. 17411
- Aprova estrutura básica transitória da Direção
Geral do INAMPS e das direções regionais, para os
estados nos quais venha ser instituído o SUDS.
Brasília, 1987.
- 49 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social -
Portaria SSM/MPAS nº 215 - Dispõe sobre a Integração
do Setor Público - Regionalização e Hierarquização.

D.O.U. de 22 de nov. de 1982, p. 21.781. Brasília, 1982.

- 50 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social INAMPS
em Dados - INAMPS-ISSN, 0101-5753, nº 9, Brasília, 1986
- 51 - MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social INAMPS
em Dados - INAMPS-ISSN, nº 9, Brasília, 1987.
- 52 - MINISTÉRIO de Saúde Modelos Assistenciais no Sistema
Único de Saúde. Brasília, 1990.
- 53 - MINISTÉRIO da Saúde - Portaria nº 896 de 29 de junho de
1990 - Dispõe sobre a Implantação do SIH-SUS e SIA-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- 54 - NICZ, L.F. Necessidades de Utilização dos Serviços
Hospitalares, uma análise crítica. Rev. Paulista
hosp., 30:154-67, 1982.
- 55 - NOVAES, H.M. Ações Integradas nos Sistemas Locais de
Saúde - SILOS - Análise conceitual e apreciação de
Programas Seleccionados da América Latina.
Pioneira, São Paulo, 1990.
- 56 - OLIVEIRA, A.B. de O Médico de Família de ontem e o
Médico de Ambulatório de hoje. IN: CARISMA, vol. I,
nº 3:31-41. SANDOZ, S/A, DP, 1980.
- 57 - OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.M.F. Previdência Social:
60 anos de História da Previdência no Brasil.
Petrópolis, Vozes, 1986.
- 58 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Classificação
Internacional das Doenças. Revisão 1975 - vol. I e

II - Centro da OMS para Classificação de Doenças em Portugues. MS/USP-OPAS-SP, 1978

- 59 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. XL Reunión do Comitê Regional OPAS/OMS - Washington, D.C., 1989 (mimeografado)
- 60 - PINHEIRO, S.A. et all. Integração entre a Clínica e Epidemiologia no Ambulatório de Toxicologia. HCRP, apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 1990.
- 61 - RIBEIRO, H.P. Estudo sobre custeio do INAMPS e Custos Operacionais do Hospital Umberto I e Propostas de Adequação. São Paulo-SP, (mimeografado), 1987.
- 62 - ROBAYO, J.C. Situaciones de Cobertura, Niveles de Atention y Atention Primaria. Bol. Of. Sanit. Panaman. 82(6). 1977.
- 63 - RODRIGUES NETO, E. Proposta de conteúdo para uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde em substituição à Lei 6.229/75 apresentada à Comissão Nacional de Reforma Sanitária, s.n.t.
- 64 - SANTOS FILHO, E. et all. Análise do Atendimento Geral e por Doenças Cardio-Vasculares nos três Pronto-Socorros do Município de Cubatão-SP, Brasil (1980 a 1987) - Trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 1990.
- 65 - SANTOS, N.R. dos. A acumulação capitalista e a crise do

modelo no setor saúde. Alguns marcos históricos.
Mimeo 1985.

- 66 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO
Participação e Controle Social no Sistema Único de
Saúde - Assessoria de Comunicação e Imprensa, São
Paulo, (mimeografado), 1991.
- 67 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO Plano
Municipal de Saúde - Assessoria de Comunicação e
Imprensa. São Paulo, (mimeografado), 1991.
- 68 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO Decreto
29.059 de 27/10/88 - Dispõe sobre o Atendimento
Integral à Saúde nas Unidades do SUDS-SP.
D.O.E.S.P. de 28/10/88, São Paulo, 1988.
- 69 - SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO A
municipalização dos Serviços Básicos. IN: Uma
Revolução na Área da Saúde, p. 39-48. Secretaria
da Saúde do Estado de São Paulo. Imprensa Oficial do
Estado de São Paulo, 1988.
- 70 - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO Resolução
CIS-SP, 89/98 - Dispõe sobre o Atendimento Integral
à Saúde nas Unidades do SUDS-SP. D.O.E.S.P. de
19/11/88, São Paulo, 1988.
- 71 - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - As normas
de operacionalização do MS para o SUS e na
Implantação no Estado de São Paulo, (mimeografado),
1991.
- 72 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SUDS-SP Ficha de

Atendimento Ambulatorial - Manual de Preenchimento.
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo-Centro de
Informações de Saúde - São Paulo-SP, 1989.

- 73 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SUDS-SP Versão Resumida. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1989.
- 74 - SOUZA DIAS, L.H.C. & PUGLIESE Projeto: Fundação Hospital Italo-Brasileiro-Umberto I, São Paulo, (mimeografado), 1990.
- 75 - SZARFARC, S.C. Diagnóstico de deficiência de ferro na infância. IN: Rev. Saúde públ., vol. 19 (8): 278-84, 1985.
- 76 - SUCUPIRA, A.C. Relações médico-paciente nas Instituições de Saúde Brasileira. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da USP, SP, 1981.
- 77 - TANAKA, O.Y. Avaliação da utilização dos serviços do Posto de Assistência Médica e do Pronto atendimento do Jardim São Jorge, no município de São Paulo, por meio do Estudo da Clientela Usuária. São Paulo 1988. (Tese de Doutorado -FSP-USP).
- 78 - TAKEDA, S.M.F. et al. Estudo do motivo de Consulta em uma Vila na periferia de Porto Alegre. Revista Amries, Porto Alegre, 29(3):231-8, jul/ago; 1985.
- 79 - YASLLE ROCHA, J.S. & NOGUEIRA, J.L. Padrões de Morbidade em Assistência Primária de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev. Saúde públ., 19:215-24, 1985.

XI - A N E X O S

SUDS-SP

**FICHA DE
ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

CAMBAR DO COLAR ETIQUETA

NÚMERO DE ORDEM

CÓDIGO UNIDADE

DATA DO ATENDIMENTO

HORÁRIO _____ H1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATRÍCULA

EST

R G

DC

SEX

DATA NASC

SEXO

12 | MASC

75 | FEM

NOME

END

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

COD MUNIC

TIPO DE ATENDIMENTO

- 10 URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- 20 PRONTO ATENDIMENTO U.B.S.
- 30 PRIMEIRA CONSULTA
- 40 CONSULTA DE RETORNO
- 60 URGÊNCIA/EMERGÊNCIA REFERENCIADA
- 70 CONSULTA REFERENCIADA
- 90 ATENDIMENTO NO ANO NA UNIDADE

ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE

- 10 RETORNO NA MESMA UNIDADE
- 20 ALTA
- 30 ÓBITO
- 50 ENCAMINHAMENTO PARA PROGRAMA
- 60 INTERNACAO
- 70 AGENDOU SE SEM CONSULTA

ENCAMINHAMENTO A OUTRA UNIDADE

- 10 AMBULATORIAL BÁSICA
- 20 URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- 30 EXAMES PARA DIAGNÓSE
- 40 AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
- 60 INTERNACAO
- 70 PROCEDIMENTO E TERAPIA DE ALTO CUSTO

PROCEDIMENTO

ESPEC

TIPO

GR

PR

CID

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CR

2ª VIA - UNIDADE

C.I.S.

** SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE **
 ** SIA-SUDS **
 ** RELACAO DE SUDS MUNICIPIO/DISTR **

PAGINA: 1
 DAT 2/6/89
 HOR 15:50

SUDS: 01 CENTRO

0019 ACLIMACAO
 0582 BARRA FUNDA
 0663 BELA VISTA
 0787 BOM RETIRO
 0841 BRAS
 1058 CAMBUCI
 1295 CERQUEIRA CESAR
 1406 CONSOLACAO
 2151 IBIRAPUERA
 2283 INDIANOPOLIS
 2798 JARDIM PAULISTA
 2992 LIBERDADE
 3514 MOOCA
 3972 PARI
 5002 SANTA CECILIA
 5053 SANTA EFIGENIA
 5584 SE
 6211 VILA MARIANA

SUDS: 02 BUTANTA

0922 BUTANTA
 2780 JARDIM AMERILA
 2933 LAPA
 4111 PEKIZES
 4227 PINHEIROS
 6190 VILA MADALENA

SUDS: 03 VILA PRUDENTE

2348 IPIRANGA
 2674 JABAQUARA
 5541 SAPOEMBA
 5576 SAUDE
 6246 VILA PRUDENTE

SUDS: 04 PENHA

0141 ALTO DA MOOCA
 0671 BELENZINHO
 1139 CANGAIBA
 4103 PENHA DE FRANCA
 5860 TATUAPE
 6165 VILA FORMOSA
 6220 VILA MATILDE

SUDS: 05 ITAQUERA

1341 CIDADE SAO MATEUS
 1694 ERMELINO MATARAZZO
 1911 GUAIANAZES
 2429 ITAIM PAULISTA
 2569 ITAQUERA
 5461 SAO MIGUEL PAULISTA

SUDS: 06 MANDAGUI

5169 SANTANA
 5975 TUCURUVI
 6173 VILA GUILHERNE
 6203 VILA MARIA

SUDS: 07 NOSSA SENHORA DO O

0850 BRASILANDIA
 1228 CASA VERDE
 2771 JARAQUA
 3000 LIMA

CONTINUA

SUDS: 07 NOSSA SENHORA DO O	3611 NOSSA SENHORA DO O
	4154 PERUS
	4341 PIRITUBA
	6181 VILA JAGUARA
	6238 VILA NOVA CAHOEIRINHA
SUDS: 08 SANTO AMARO	1163 CAPELA DO SOCORRO
	3964 PARELHEIROS
	5193 SANTO AMARO
SUDS: 09 SANTO ANDRE	1554 DIADEMA
	5215 SANTO ANDRE
	5304 SAO BERNARDO DO CAMPO
	5312 SAO CAETANO DO SUL
SUDS: 10 MAUA	3263 MAUA
	4731 RIBEIRAO PIRES
	4812 RIO GRANDE DA SERRA
SUDS: 11 OSASCO	0612 BARUERI
	1198 CARAPICUIBA
	2496 ITAPEVI
	2763 JANDIRA
	3786 OSASCO
	4308 PIRAPORA DO BOM JESUS
	5185 SANTANA DO PARNAIBA
SUDS: 12 ITAPECERICA DA SERRA	1473 COTIA
	1678 EMBU
	1686 EMBU-GUACU
	2461 ITAPECERICA DA SERRA
	2917 JUQUITIBA
	5746 TABOAO DA SERRA
	6131 VARGEM GRANDE PAULISTA
SUDS: 13 MOGI DAS CRUZES	0728 BIRITIBA-MIRIM
	1767 FERRAZ DE VASCONCELOS
	2038 GUARAREMA
	2551 ITAQUAQUECETUBA
	3387 MOGI DAS CRUZES
	4383 POA
	4901 SALESOPOLIS
	5711 SUZANO
SUDS: 14 CAIEIRAS	1007 CAIEIRAS
	1023 CAJAMAR
	1821 FRANCISCO MORATO
	1830 FRANCO DA ROCHA
	3174 MAIRIPORA
SUDS: 15 GUARULHOS	0426 ARUJA
	2089 GUARULHOS
	5096 SANTA ISABEL
SUDS: 16 ADAMANTINA	0027 ADAMANTINA
	1775 FLORA RICA

CONTINUA

TABELA - CONVENIO FILANTROPICO

ANEXO VIII

Tabela para pagamento de convênios do INAMPS com entidades filantrópicas regidas pela Portaria/MPAS/GM3728 de 23/04/86 com alteração pela Portaria MPAS/GM 3816 de 23/07/86.

CÓDIGOS	NATUREZA DO ATENDIMENTO OU PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
00060004	Porte I - Atendimento Ambulatorial
00061004	Porte II - Consulta Médica
00062004	Porte III - Consulta Médica com procedimentos simplificados e/ou medicação
00063004	Porte IV - Consulta Médica com exame laboratorial e/ou procedimentos de média complexidade
00064004	Porte V - Consulta Médica com exames Laboratoriais Complexos
00065004	Porte VI - Consulta Médica com Radiologia ou Ultrassonografia
00066004	Porte VII - Consulta Médica com Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Complexos
00067004	Porte VIII - Pequena Cirurgia Ambulatorial
00068004	Porte IX - Cirurgia Ambulatorial
00069004	Porte X - Consulta Ortopédica e tratamento com aparelho Gessado de Pescoco e/ou Membro Superior
00070004	Porte XI - Consulta Ortopédica e tratamento com aparelho Gessado de tórax e/ou Membro Inferior
00071004	Hemodiálise (por sessão)
00072004	Díálise Peritoneal (por sessão)
00073004	Capd/Treinamento (por dia/máximo 9 dias)
00074004	Capd/Manutenção (por paciente/mês)
00075004	Endoscopia com equipamento rígido (por exame)
00076004	Endoscopia com equipamento flexível (por exame)
00077004	Medicina Nuclear - "In Vitro" (por exame)
00078004	Medicina Nuclear - "In Vivo" (por exame)
00079004	Estudo Hemodinâmico (por exame)
00080004	Tomografia não computadorizada (por exame)
00081004	Exames Radiológicos contrastados (por exame)
00082004	Tomografia Computadorizada I - Crânio, Coluna (por exame)
00083004	Tomografia Computadorizada II - Tórax , Abdomen (por exame)
00084004	Angiografia e Neuroradiologia contrastada (por exame)
00085004	Radioterapia (por aplicação)
00086004	Quimioterapia do câncer (por aplicação)*
00087004	Fisioterapia (por paciente/mês)
00088004	Fotocoagulação com raio laser (por aplicação)
00089004	Obturação de silicato ou obturação a composito ou obturação de amalgama de 1 face