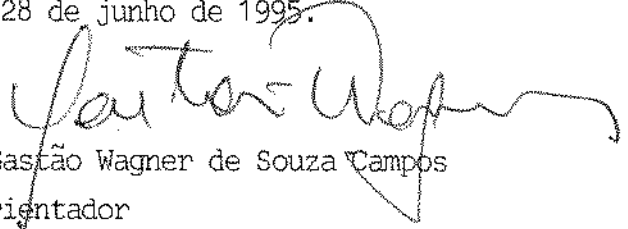


Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Tí-
tulo de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 28 de junho de 1995.



Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos
Orientador

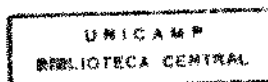
SELMA CRISTINA FRANCO

ESTUDO DA CLIENTELA, DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E DE INDICADORES DE QUALIDADE DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Orientador : *Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos*

Campinas, 1995



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	F848E
V.	
TOMADO	25490
PROC.	433/95
C	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	19/05/95
N.º CPD	

CM-00076449-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Franco, Selma Cristina

F844e

F848E

Estudo da clientela, do sistema de referência e de indicadores de qualidade do ambulatório de pediatria do HC-Unicamp/Selma Cristina Franco. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

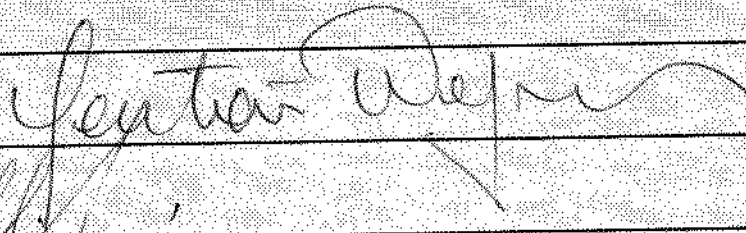
1. Efetividade 2. Qualidade dos cuidados de saúde. 3. Regionalização. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1.



2.



3.



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/06/95

AGRADECIMENTOS

- Ao *GASTÃO*, meu orientador, pelo incentivo e confiança recebidos durante toda a realização deste trabalho.
- Aos amigos da *PEDIATRIA SOCIAL*, por acreditarem nas possibilidades e frutos do trabalho em grupo, adotando como meta o crescimento para todos.
- Ao *EDUARDO LUIZ HOHNE* e ao *HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO*, pelo enorme empenho e auxílio na análise estatística deste trabalho.
- À *SUELY BONILHA ESTEVES*, pela colaboração na obtenção de dados junto à área de informática do Hospital de Clínicas.
- À *RENATA* e ao *EMILTON*, pela presteza com que realizaram a editoração desse trabalho.
- Aos *FUNCIONÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA*, pela ajuda indispensável durante a coleta de dados deste trabalho.
- Aos *PACIENTES*, todo meu carinho e respeito.

- À *CAMILA* e *GABRIEL*, meu amor, meus sonhos, minhas metas.

- Ao *JAMIL*, por trazer emoção à minha vida.

- Aos meus pais, *JANUÁRIO* e *IRENE*, responsáveis por minha formação como cidadã, pelo apoio incondicional.

"A primeira tarefa do médico é política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado se for primeiramente liberto: Quem deverá, portanto, denunciar ao gênero humano os tiranos, se não os médicos que fazem do homem seu único estudo, e que todos os dias, com o pobre e o rico, com o cidadão e o mais poderoso, na choupana e nos lambris, contemplam as misérias humanas que não têm outra origem senão a tirania e a escravidão? Se souber ser politicamente eficaz, a medicina não será mais medicamente indispensável."

(MICHEL FOUCAULT)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Buscando um conceito.....	2
1.2. A qualidade e os serviços de saúde.....	7
1.3. A qualidade da atenção médica.....	10
1.3.1. A necessidade de atenção à saúde.....	12
1.3.2. Os componentes da atenção à saúde.....	14
1.3.3. O custo e a qualidade da atenção à saúde.....	17
1.4. O liberalismo e a qualidade sob a ótica dos direitos do consumidor.....	19
1.5. A avaliação da qualidade da atenção à saúde.....	21
1.6. Métodos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	26
2. OBJETIVOS.....	32
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	33
3.1. Considerações sobre o Ambulatório de Pediatria do HC-UNICAMP.....	33
3.2. Instrumentos utilizados para coleta de informações.....	34
3.2.1. Questionário com usuários.....	34
3.2.2. Entrevista com docentes do Ambulatório de Pediatria.....	40
3.2.3. Dados da área de informática do HC.....	40
3.3. Cálculo da amostra.....	41

3.4. Coleta de informações.....	42
3.5. Análise dos dados.....	43
4. RESULTADOS.....	44
4.1. Caracterização da clientela.....	44
4.2. Características da referência ao Ambulatório de Pediatria do HC-UNICAMP.....	56
4.3. Indicadores de qualidade da assistência prestada.....	71
4.4. Análise das entrevistas com docentes do Ambulatório de Pediatria.....	85
4.5. Análise estatística dos dados da área de informática do HC-UNICAMP.....	92
5. DISCUSSÃO.....	102
6. CONCLUSÕES.....	112
7. ANEXOS.....	114
8. SUMMARY.....	120
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1 - Distribuição da clientela por faixa etária.....	45
TABELA 2 - Distribuição da clientela quanto ao sexo.....	46
TABELA 3 - Distribuição da clientela quanto ao vínculo previdenciário.....	46
TABELA 4 - Distribuição da clientela quanto a convênios de saúde.....	47
TABELA 5 - Distribuição da clientela quanto ao chefe de família.....	47
TABELA 6 - Distribuição da clientela quanto a frações de classe social.....	48
TABELA 7 - Distribuição da clientela quanto à posição na ocupação.....	49
TABELA 8 - Distribuição da clientela quanto à condição na ocupação.....	49
TABELA 9 - Distribuição da clientela quanto à ocupação materna.....	50
TABELA 10 - Distribuição da clientela quanto aos cuidados com a criança.....	51
TABELA 11 - Distribuição da clientela quanto à renda familiar.....	52
TABELA 12 - Distribuição da clientela quanto à renda per capita.....	53
TABELA 13 - Distribuição da clientela quanto à escolaridade do pai.....	54
TABELA 14 - Distribuição da clientela quanto à escolaridade da mãe.....	55
TABELA 15 - Distribuição da clientela quanto à região de procedência.....	57
TABELA 16 - Distribuição da clientela quanto ao meio de locomoção.....	58
TABELA 17 - Distribuição da clientela quanto ao encaminhamento.....	59
TABELA 18 - Distribuição da clientela quanto ao serviço que encaminhou.....	60
TABELA 19 - Distribuição da clientela quanto ao prazo de agendamento.....	62
TABELA 20 - Distribuição da clientela quanto à frequênciaa outro serviço de saúde.....	63
TABELA 21 - Distribuição da clientela quanto ao primeiro serviço onde foi seguido.....	64

TABELA 22 - Distribuição da clientela quanto ao segundo serviço onde foi seguido.....	65
TABELA 23 - Distribuição da clientela quanto ao terceiro serviço onde foi seguido.....	67
TABELA 24 - Distribuição da clientela quanto à procura por serviço de urgência.....	68
TABELA 25 - Distribuição da clientela quanto aos serviços procurados em urgências.....	69
TABELA 26 - Distribuição da clientela quanto ao conhecimento sobre problema de saúde....	72
TABELA 27 - Distribuição da clientela do Ambulatório Geral quanto aos diagnósticos referidos.....	73
TABELA 28 - Distribuição da clientela quanto à evolução clínica.....	74
TABELA 29 - Distribuição da clientela quanto ao fator relacionado à evolução referida.....	75
TABELA 30 - Distribuição da clientela quanto ao médico responsável pelo caso.....	77
TABELA 31 - Distribuição da clientela quanto ao conhecimento sobre os cuidados com a criança.....	78
TABELA 32 - Distribuição da clientela quanto à satisfação no atendimento.....	79
TABELA 33 - Distribuição da clientela quanto ao tempo de espera.....	80
TABELA 34 - Distribuição da clientela quanto aos problemas no atendimento.....	81
TABELA 35 - Distribuição da clientela quanto a sugestões no atendimento.....	82
TABELA 36 - Distribuição da clientela quanto ao número de consultas na pediatria.....	93
TABELA 37 - Distribuição da clientela quanto ao número de consultas em outras especialidades do HC.....	94
TABELA 38 - Distribuição da clientela quanto ao número de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados.....	95
TABELA 39 - Distribuição da clientela quanto ao número de procedimentos especializados realizados.....	96
TABELA 40 - Distribuição da clientela quanto ao número de radiodiagnósticos realizados.....	97
TABELA 41 - Distribuição da clientela quanto ao número de diagnósticos por imagem realizados.....	98
TABELA 42 - Distribuição da clientela quanto ao município de procedência.....	99

TABELA 43 - Distribuição da clientela quanto à macrorregião e SUDS de procedência.....	100
TABELA 44 - Distribuição da clientela quanto ao Estado de procedência.....	101

SIGLAS E ABREVIATURAS

HC.....Hospital das Clínicas

OMS.....Organização Mundial de Saúde

OPS.....Organização Panamericana de Saúde

PEA.....População Economicamente Ativa

SUS.....Sistema Único de Saúde

UNICAMP.....Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

Estudou-se o Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Unicamp, um ambulatório didático-assistencial que, inserido no Sistema Único de Saúde, presta assistência secundária e terciária para crianças de 0 a 18 anos. Para a avaliação qualitativa deste ambulatório, realizaram-se 221 questionários entre os usuários do Ambulatório Geral de Pediatria e de uma das subespecialidades e levantaram-se dados estatísticos na área de informática do HC, permitindo diversas comparações, de acordo com as características da clientela, da referência e de indicadores de qualidade da assistência médica. Encontrou-se um predomínio de crianças menores de 6 anos, filhas de pais assalariados, na maioria com vínculo previdenciário e sem convênio médico, com baixo nível de renda e de instrução. Notou-se que a demanda ao HC é regionalizada e provém, principalmente, do setor público. Os indicadores de qualidade analisados mostram alto grau de satisfação dos usuários, embora haja uma baixíssima vinculação entre médico e paciente. A clientela da especialidade se diferenciou da do ambulatório geral com relação a diversos indicadores. Os dados estatísticos mostram uma baixa concentração de consultas, exames e procedimentos.

Realizaram-se, também, 17 entrevistas com docentes e médicos contratados, atuantes nestes ambulatórios, abordando suas concepções sobre os serviços com diversos níveis de complexidade da rede de saúde, seu conhecimento e adesão ao sistema de referência e contra-referência e o papel do ambulatório de um hospital universitário.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui dois eixos de investigação: um deles se refere à avaliação da qualidade da atenção médica prestada por um serviço ambulatorial de atenção secundária e terciária à criança, o ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Unicamp, em que foram estudadas, conjunta e separadamente, duas amostras de pacientes freqüentadores do ambulatório geral e de uma subespecialidade pediátrica, permitindo, assim, várias comparações do ponto de vista qualitativo quanto à clientela usuária de ambos e quanto à atenção médica prestada.

O outro diz respeito ao papel do hospital universitário dentro da proposta de um sistema único de saúde, enquanto serviço que oferece complexidade tecnológica secundária e terciária e que se relaciona com toda uma rede de outros serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, próximos e distantes.

A preocupação com a qualidade da atenção faz sentido por vários motivos:

- Considerando a atual situação de saúde dos países em desenvolvimento, e diante de sua conjuntura econômica, nos deparamos com a realidade de ver os investimentos no setor cada vez menores, ao mesmo tempo que as necessidades aumentam de forma infundável, o que torna necessário repensar o sistema de saúde, objetivando melhorar sua eficácia, eficiência e equidade;

- Se pensarmos que o custeio da atenção à saúde fornecido à maior parte de nossa população é rateado pela sociedade de forma geral, através de recursos públicos, torna-se imperativo utilizá-los da melhor maneira possível, com critérios técnicos bem definidos. A avaliação da qualidade nos permite ter acesso a esses inúmeros indicadores construídos sob diversos enfoques, os quais podem embasar decisões nos vários níveis de gerenciamento do sistema de saúde, tornando-o transparente;

- Além da ótica explicitada nos dois itens anteriores, a racionalização dos gastos públicos, existe, a nosso ver, um outro motivo fundamental quando se pensa em avaliar qualidade que é pensar, refletir sistematicamente sobre uma prática desenvolvida, isto é, tornar a instituição habituada a se repensar, a se autocriticar. Somente assim há crescimento para todos aqueles que se envolvem com ela, seja como profissional, como aluno ou como usuário.

Os dois eixos deste estudo, como citamos acima, embora sejam aparentemente paralelos e independentes, se tornam inseparáveis uma vez que, na própria definição de

qualidade, estão implícitos conceitos como acessibilidade, equidade, suficiência na oferta de serviços e outros.

Antes de discutirmos propriamente a questão da qualidade dos serviços de saúde e, mais especificamente, a qualidade da atenção médica, introduziremos algumas questões a respeito do conceito de qualidade de uma forma mais ampla.

1.1. BUSCANDO UM CONCEITO

Autores e normas internacionais definem, habitualmente, qualidade de três maneiras:

- 1) Ausência de defeitos, ou seja, por um juízo.
- 2) Conjunto das propriedades sensíveis e mensuráveis de um produto, isto é, por suas características objetivas.
- 3) Adequação das propriedades de um bem ou serviço às necessidades de alguém, isto é, por uma relação técnica e social de consumo.

Alguns acrescentam ainda um quarto elemento, que é a relação dos custos de produção com o grau de cumprimento aos fins de uso.

Apesar de a noção de qualidade ter seu uso generalizado pelo senso comum, ela continua a ser algo vago e polêmico e também um conceito de natureza relativa, cujos limites variam de acordo com o nível de conhecimento e tecnologias disponíveis em uma situação dada, a fronteira tecnológica. Para alguns autores, a fronteira tecnológica deve se referir ao que é alcançável dentro do país, tendo como referência normas internacionais (GOMES, 1989).

Conforme discute NOGUEIRA (1994), o significado da qualidade adquire mais consenso quando se refere aos objetivos e características das organizações e do processo de produção e não do produto em si. Desta maneira, entre as modernas correntes de pensamento gerencial, a qualidade pode ser traduzida por três elementos subjetivos:

- A preocupação em criar e manter consciência quanto às propriedades dos produtos (bens e serviços) que estão sendo gerados, diminuindo sua variabilidade pela adoção de determinados padrões ou especificações técnicas;

- A preocupação em satisfazer demandas explícitas e necessidades não declaradas, porém previsíveis, dos consumidores;

- A presença desse tipo de orientação na totalidade da organização, envolvendo a gerência, os técnicos e os trabalhadores.

Desse modo, a qualidade transforma-se em filosofia de gerência, uma atitude face à produção, que é concebida com o propósito de atender às necessidades humanas.

A rígida divisão técnica do trabalho, herdada do taylorismo, ergue obstáculos que dificultam os propósitos da qualidade:

- Planejamento distanciado da produção;

- Trabalho fragmentado e parcial, impedindo a imagem completa do produto final ou da finalidade do serviço;

- Supervisão vertical, infundindo o medo de errar e de dar opinião;

- Trabalhadores desestimulados em participar.

Com isto, historicamente, o resultado obtido pelo capitalismo moderno foi a alienação do trabalho.

A partir dessa constatação, observa-se na atualidade um grande esforço voltado para a busca dos objetivos da qualidade e, pode-se identificar quatro estágios da evolução da qualidade nas empresas, nesta segunda metade do século (NOGUEIRA, 1994):

1) A qualidade centrada na excelência dos agentes: corresponde a uma fase da produção em que o grau de capacitação científica e tecnológica dos agentes é suficiente para definir a qualidade dos bens e serviços que produzem. Esta é a forma usual de avaliação da qualidade em escolas, universidades, hospitais, etc. Neste últimos, o juízo mais predominante de qualidade corresponde à formação diferenciada dos médicos e de outros recursos humanos, paralelamente com a atualidade da infra-estrutura tecnológica.

2) O controle departamental da qualidade: surgido em determinado momento da evolução das empresas em que estas são levadas a estabelecer um controle interno dos produtos, tarefa esta atribuída a um órgão ou departamento específico. Assim, o controle da qualidade passa a ser tarefa de um grupo de especialistas que age posteriormente ao

processo de produção, estabelecendo critérios ou normas estritas de qualidade, para ajuizar as variações das características dos produtos. Aqui, portanto, o centro da atenção é mais o produto do que o cliente.

Diversos autores questionam, no setor saúde, o estabelecimento de padrões a partir de *experts* centralizados num único departamento (DONABEDIAN, 1978).

No Brasil, a maior parte da produção industrial está nesta fase.

3) A garantia da qualidade: representa um avanço em relação ao controle, pois centra a preocupação na detecção preventiva de falhas ou defeitos dos produtos. Estabelece-se desde o *design* ou planejamento, um conjunto complexo de requerimentos que devem ser atendidos nas várias etapas por que passa o produto. As normas de qualidade são ainda estabelecidas por um departamento especializado, mas são repassadas ao conjunto da empresa. O objetivo principal desse método é diminuir os custos resultantes da detecção *a posteriori* da má qualidade.

O conceito da garantia da qualidade é recente, em serviços de saúde, tendo sido introduzido há menos de vinte anos (BARAJAS, 1990), e se refere à elaboração de estratégias tanto para avaliação de qualidade quanto para implementação de normas e padrões de conduta clínica, através de programas locais ou nacionais.

4) A gestão ou controle da qualidade total: trata-se de um estágio superior no qual a responsabilidade pela qualidade é difundida para o conjunto dos dirigentes e trabalhadores na unidade, concomitantemente com a adoção de métodos participativos que permitem aos distintos departamentos ou setores organizacionais, planejar, acompanhar e corrigir os rumos das ações pró-qualidade bem como solucionar os problemas associados com o mau desempenho e a baixa produtividade. A superioridade deste estágio é o fato de a direção da unidade tomar a si a tarefa de mobilizar intensamente os recursos (materiais e humanos), que passam a ser concentrados no objetivo de obter uma virada a favor da qualidade, tanto na cultura institucional como nos métodos de trabalho.

Baseando-se na concepção de serem as pessoas que produzem diretamente o bem ou o serviço as que mais compreendem o processo de sua produção (RUELAS-BARAJAS et al, 1990), a qualidade passa a ser controlada sistematicamente pelo conjunto da empresa, deixando de ser uma atribuição de especialistas e de áreas departamentais e se tornando, assim, uma tarefa coletiva. Dessa forma, contrapõe-se aos métodos tayloristas,

que promoveram a separação, em termos sociais e técnicos, entre as funções intelectuais de planejamento e as operacionais da produção direta.

O respaldo das relações econômicas de compra e venda por relações jurídicas de garantia de qualidade coincide com a generalização dos direitos do consumidor na sociedade.

A aplicação dos métodos de controle da qualidade total inicialmente na produção industrial se estendeu, por influência americana, a outros ramos de negócios: bancos, empresas de serviços gerais, hospitais, etc. Na década de 90, o controle da qualidade total é introduzido nos serviços da administração pública.

NOGUEIRA (1994) cita algumas especificidades dos serviços de saúde, que habitualmente servem de argumento para aqueles que criticam a aplicabilidade dos métodos do controle da qualidade total neste setor. São elas:

- Boa parte dos serviços de saúde e hospitais não têm fins lucrativos e, além disso, o mercado de serviços de saúde funciona com um baixo nível de competitividade. Não há, portanto, nessa área uma das principais alavancas para sustentação dos programas de qualidade;

- Há uma variabilidade dos produtos ou serviços oferecidos pelos hospitais e clínicas em decorrência das diferentes necessidades de cada indivíduo e não há como padronizar o conjunto das atividades clínicas, sobre as quais o médico arbitra livremente;

- Há um grupo muito heterogêneo envolvido na prestação dos serviços de saúde, com diferentes níveis de qualificação profissional, impedindo a construção de um espírito de equipe;

- O usuário de saúde não possui os conhecimentos técnicos para avaliar a adequação do serviço às suas necessidades e não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços. Isso dificulta ao consumidor ter um papel central na definição da qualidade em saúde.

O autor afirma, entretanto, que isto não impede o método da gestão da qualidade total na área da saúde.

Esta nova visão nos permite conceber a qualidade não como algo pressuposto nos agentes devido ao seu alto nível de formação ou de qualificação nem no aparato tecnológico disponível, mas algo que os envolvidos nos atos de saúde estarão

constantemente preocupados em avaliar e aperfeiçoar para dar maior satisfação aos que se utilizam desses serviços.

Portanto, contrariando o axioma que herdamos da medicina flexneriana, acreditamos que o preparo científico do corpo de profissionais e o atributo *high-tech* dos equipamentos usados não garantem por si só a qualidade do ato.

Surge daí uma definição bastante interessante em que NOGUEIRA (1994) traça um paralelo com a indústria e coloca a qualidade como sendo a expressão objetiva de certas condições subjetivas, como:

- Uma preocupação em criar e manter entre todos da equipe de saúde, uma consciência quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados;
- Uma preocupação em satisfazer demandas explícitas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Estas condições subjetivas devem se traduzir numa nova forma de divisão do trabalho e de trabalhar em equipe.

Desde a década de 30 e 40, diversos autores, preocupados em que a qualidade dos produtos e serviços se tornasse um paradigma para a administração no mundo ocidental, vêm abordando o tema com diversos enfoques.

DEMING (1990) ressalta dois aspectos: a centralidade do papel do consumidor, "a qualidade só pode ser decidida em termos de quem a avalia, o cliente ou usuário", e a preocupação em problematizar pedagogicamente o sentido e o uso da noção de qualidade, propondo a técnica dos círculos de qualidade, com baixa aceitação nos Estados Unidos. Após a guerra, o Japão utilizou-a para promover o desenvolvimento industrial com grande sucesso, legitimando-a (RUELAS-BARAJAS et al, 1990).

Já outro autor, JURAN (1992), tem um posicionamento mais cientificista, organizando e sistematizando com precisão todos os passos que compõem as etapas do desenvolvimento de um programa de qualidade.

Modernamente, tem se assumido que a gestão voltada para a qualidade pressupõe fundamentalmente que:

- O juiz da qualidade é o consumidor, tendo os técnicos e especialistas uma função coadjuvante.

- Não é possível avaliar-se por pressupostos critérios "científicos" a qualidade de um produto quando se remete à subjetividade dos consumidores, uma vez que se trata de um julgamento, de uma opinião, da qual a ciência não dá conta.

NOGUEIRA (1994) coloca que "o homem é o árbitro de suas necessidades e daquilo que pode satisfazê-las. A ciência ajuda-o a exercer essa função de arbitrar, mas não pode fornecer qualquer fórmula ou instrumento de mensuração objetiva que o substitua em seu papel."

1.2. A QUALIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Não há um único significado para o termo "qualidade dos serviços de saúde", mas sim inúmeros enfoques válidos, sendo que a formulação mais apropriada depende do objeto e propósito da análise (DONABEDIAN, 1978).

Ao discutirmos a qualidade no âmbito dos serviços de saúde, torna-se necessário nos reportarmos a algumas questões específicas deste setor.

No século XX, o Estado vem assumindo um papel importante no setor saúde, ocasionando, entre outras coisas, o aumento das instituições formadoras de profissionais nesta área, o currículo médico centrado em práticas hospitalares e com enfoque biologicista, subvalorizando os aspectos psicossociais, a construção acelerada de hospitais que passam a ter um papel central no modelo assistencial vigente, a intensificação do sistema de especialidades clínicas, a institucionalização da medicina e com ela a burocratização da mesma. Tudo isto tem levado a uma formação profissional com ênfase na individualização do homem, considerando-o como um ser isolado do todo social, conformado por aparatos e sistemas. A consequência para a prática profissional é o empobrecimento da atenção ao paciente, principalmente em sua dimensão interpessoal, sendo o médico o detentor do monopólio do conhecimento, com a subordinação de outros profissionais e clara exclusão da comunidade à qual pertence tal conhecimento e à qual teria que regressar (YEPEZ, 1984).

Paralelo a esta situação, nos deparamos atualmente, nos países em desenvolvimento, com a coexistência de perfis de morbidade de países desenvolvidos, representados pelas doenças crônico-degenerativas, e de países subdesenvolvidos,

representados pelas doenças infecto-contagiosas, além de recursos escassos, aumento populacional maior do que o aumento da oferta de serviços de saúde, levando a baixas coberturas; em suma, requerimentos maiores e recursos menores.

Yopez (1984) cita algumas características dos serviços de saúde atuais:

- Resposta a uma demanda de serviços da população centrada na busca da recuperação da saúde perdida;

- Passividade e espera que a comunidade busque os serviços;

- Irrelevância total das condições específicas de saúde da comunidade para seu funcionamento rotineiro;

- Ausência de ferramentas de programação e controle que possibilitem buscar modificações específicas na situação concreta de saúde.

Isto tudo leva os serviços de saúde a se tornarem insensíveis no seu funcionamento aos níveis de saúde da população, evidenciando uma carência de preocupação e consciência pela qualidade. Em outros termos, revela-se uma falta do que se poderia chamar de "cultura da qualidade" (LAGUNA-CALDERÓN & SALINAS-OVIEDO, 1990), na qual se pode identificar padrões de atitudes e comportamentos nos prestadores de serviços de saúde orientados a justificarem-se com os processos de atenção e não a obterem benefícios observáveis na saúde dos pacientes.

Torna-se necessário, dentro deste contexto, nos remetermos à questão das políticas públicas e das novas formas de financiamento pelo Estado.

Na atualidade, as empresas públicas já não podem se considerar incondicionalmente afeiçoadas apenas por serem supostamente portadoras de uma nobre função social (NOGUEIRA, 1994). Governos de vários países em desenvolvimento, preocupados com a questão, têm expressado que seu aval político se baseará doravante no desempenho, avaliado em termos de metas de produtividade e qualidade, abandonando a atual política protecionista das atividades de interesse público e impondo critérios de eficiência na administração direta e nas autarquias. Estabelece-se, assim, um novo relacionamento entre o Estado e tais órgãos, visando resguardar o interesse público, a eficiência no uso de recursos e as iniciativas pró-qualidade.

Diversos autores citados por NOGUEIRA (1994) afirmam a necessidade da existência de uma motivação baseada em valores próprios de cada cultura, quando se busca

os objetivos da qualidade. No Brasil, nos serviços públicos, essa motivação pode resultar de um instinto de sobrevivência diante do esgotamento do modelo de financiamento incondicional pelo Estado, estimulando o ânimo de participação e de mudança no conjunto dos funcionários públicos e dos dirigentes das empresas do Estado.

Além disso, nas instituições públicas, os objetivos da qualidade precisam estar atrelados aos objetivos político-institucionais. Assim, por exemplo, num hospital público, a melhoria da qualidade do atendimento precisa se situar estrategicamente em relação a suas funções hierárquicas dentro da rede de saúde e se subordinar à missão político-institucional de promover a equidade no conjunto dos serviços oferecidos.

Outro ponto que merece ser mencionado é a questão da legitimação dos direitos do consumidor de serviços de saúde. Historicamente, a medicina jamais reconheceu uma condição básica de cidadania, a autonomia do paciente. A prática médica liberal apenas consagrou o direito à livre escolha do médico pelo paciente, mas sem permitir o seu "arbitrio sobre o que pode e deve ser feito pela medicina com o seu corpo e mente" (NOGUEIRA, 1994), ignorando, inclusive, o fato de o paciente ser um legítimo co-prestador ou sócio (DONABEDIAN, 1990) na prestação do serviço, cuja cooperação sua e de seus familiares é condição necessária para haver reabilitação ou prevenção.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem havido um reconhecimento crescente da importância do consumidor como um ator que regula a prestação de serviços, atuando politicamente através de suas entidades representativas (sindicatos, associações de moradores) ou participando dos conselhos de saúde.

Para que sua participação seja mais efetiva, torna-se imprescindível que a preocupação com a qualidade, dentro do âmbito institucional, incorpore o direito à educação para o consumo, fornecendo ao consumidor destes serviços as informações necessárias que lhe permitam opinar e escolher entre procedimentos alternativos, conscientizando-o do risco de cada um deles e permitindo-lhe colaborar no processo de diagnose e terapia.

Constata-se, atualmente, um despreparo dos profissionais para discutir esses temas. A disciplina de garantia de qualidade de saúde é muito pouco estudada, os diagnósticos globais de qualidade são raros e os estudos acadêmicos abordam a direcionalidade das políticas públicas e a estrutura dos serviços de saúde, sem tentar

entender a interface prestador-consumidor. Para NOGUEIRA (1994), isto se deve, em parte, a um certo "obstáculo epistemológico" (*) dado pela preponderância do coletivo sobre o individual de uma saúde pública que se distanciou injustificadamente da clínica.¹

No setor saúde, onde conceitos como garantia de qualidade e gestão da qualidade total são bastante recentes, e onde há grandes dificuldades a serem transpostas, conforme pudemos expor anteriormente, faz-se necessária uma longa reflexão para amadurecer os princípios e estratégias da gestão da qualidade em saúde.

1.3. A QUALIDADE DA ATENÇÃO MÉDICA

A qualidade da atenção médica tem sido um tema amplamente debatido e controverso nas últimas seis décadas, sob os mais diversos enfoques, que refletem as diferentes concepções sobre a qualidade (GOMES, 1989).

O clássico trabalho de LEE e JONES (1933), definia qualidade sob a forma de oito "artigos de fé":

1. Fundamentação científica da prática médica;
2. Ênfase na prevenção;
3. Cooperação entre consumidores e prestadores de serviço;
4. Tratamento integral do indivíduo;
5. Relação estreita e contínua entre o médico e o paciente;
6. Serviços médicos integrais e coordenados;
7. Coordenação entre a atenção médica e os serviços sociais;
8. Acessibilidade da atenção para toda a população.

Os autores fazem, no entanto, a ressalva de que os critérios nos quais se baseiam os procedimentos básicos da atenção médica não representam padrões definitivos, já que a prática médica é também uma arte, e como tal não pode ser padronizada.

¹(*) Obstáculo epistemológico: resistência ou inércia do pensamento ao pensamento, surgindo no momento da constituição de uma ciência como contra-pensamento ou num estágio superior de seu desenvolvimento como parada de pensamento (JAPIASSU, 1987).

Diversos outros autores têm estudado e publicado sobre o tema, dentre os quais se destaca Donabedian que, pela profundidade com que vem tratando o assunto, tem produzido uma obra de grande relevância. Para Donabedian, estes artigos transmitem a impressão de que os critérios de qualidade são juízos de valor aplicados a distintos aspectos, propriedades, componentes ou alcances do processo de atenção médica (DONABEDIAN, 1992).

Em acordo com ele, vários autores citam que a definição de qualidade varia dependendo do contexto teórico e prático no qual se origina, refletindo os valores e metas do sistema de atenção médica dominante e da sociedade na qual ele se insere (DONABEDIAN, 1992).

O mesmo autor, em uma de suas inúmeras publicações sobre o tema, propõe uma formulação que pode abranger todas as diferentes definições e especificações de qualidade, na qual esta é "a relação preferencial entre meios e fins. Os meios são essencialmente as estratégias de atenção e os fins são as modificações na saúde produzidas por estas estratégias". O que se considera como saúde e o valor dado às mudanças depende de quem formula a definição: profissionais de saúde, administradores, gestores da política, legisladores, aqueles que usam os serviços, os que não conseguem usá-los, a opinião pública, comitês de especialidade, etc (ESCUADERO, 1989). Quanto aos meios, a diferença na definição se origina dos distintos pontos de vista sobre a legitimidade dos meios e sobre a repartição do custo da atenção entre o indivíduo e a sociedade (DONABEDIAN, 1983).

RUTSTEIN (1992) define a qualidade da atenção como sendo o efeito desta sobre a saúde do indivíduo. Assim, as melhorias na qualidade da atenção devem refletir-se em uma saúde melhor.

CHÀVEZ et al (1990) consideram que para promover a qualidade da atenção, deve-se primeiro conhecer quais são os aspectos que a determinam, como identificá-los e como atribuir-lhes um juízo de valor.

Podemos, portanto, dizer que a definição de qualidade dos serviços de saúde varia dependendo do enfoque e propósito da análise (DONABEDIAN, 1978) e que as dimensões e os critérios eleitos entre os diversos possíveis para definir a qualidade terão profunda influência nos enfoques e métodos usados para avaliar a atenção médica.

À medida que discutimos diferentes aproximações para o conceito de qualidade da atenção médica, torna-se fundamental reconhecermos, na atualidade, a profunda fragmentação do saber médico em diversas especialidades, a grande aplicação da tecnologia na prática médica e, conseqüentemente, a despersonalização do exercício da medicina, frutos de um processo histórico, no qual o fenômeno social foi se distanciando do âmbito da medicina (CAMPERO-CUENCA, 1990), obstáculos estes que precisam ser enfrentados na busca da qualidade da atenção médica.

Passaremos, a seguir, à discussão, dentro deste tema, de alguns aspectos fundamentais abordados principalmente por DONABEDIAN em diversos trabalhos, enfocados sob a perspectiva da qualidade. São eles: a necessidade da atenção à saúde, os componentes da atenção à saúde, o custo da atenção à saúde e o liberalismo sob a ótica dos direitos do consumidor.

1.3.1. NECESSIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O sistema de atenção médica está destinado a satisfazer uma necessidade. Donabedian propõe um modelo do processo de atenção à saúde a partir da necessidade, segundo o qual esta é o início do processo de atenção (DONABEDIAN, 1987); define esta necessidade em função de estados de saúde ou de doença, do modo como são vistos pelo cliente, médico ou ambos, gerando demandas ao sistema de atenção médica.

Este modelo permite que se avalie a necessidade com base em três fenômenos diferentes, porém relacionados entre si: a perspectiva que o cliente tem da necessidade, a perspectiva do profissional e as interações entre ambas, e os fenômenos que resultam dessas interações. Desta maneira, a utilização do serviço e os resultados na saúde são considerados como resultantes de comportamentos anteriores e das interações entre os clientes e os profissionais, em resposta a certas situações que um e outro ou ambos, interpretam como relevantes para a atenção à saúde (DONABEDIAN, 1988).

Embora o autor considere a necessidade como tendo um papel central na demanda de atenção à saúde, ele reconhece a participação de outros fatores, afetivos,

cognitivos, valorativos, sociais, econômicos, ecológicos e culturais e de suas interações (DONABEDIAN, 1987).

Introduz, ainda, neste modelo, o conceito de "equivalentes de necessidade", que significa poder esta se expressar em termos de níveis de saúde, de serviços que se consideram necessários para a atenção desses níveis de saúde ou enfermidade, ou os recursos que se julgam necessários para proporcionar tais serviços. Afirma que uma das principais tarefas do planejamento em saúde é a determinação dessas equivalências.

A avaliação da necessidade pode ter três usos (DONABEDIAN, 1988):

a) A necessidade em termos de estados de saúde e doença é o resultado ou produto final da atenção médica. Assim, pode ser usada como indicador, em parte, do êxito ou fracasso do sistema de atenção médica em uma certa população;

b) Para estabelecer prioridade de ação, pois os níveis de enfermidade na população determinam as prioridades;

c) Traduzir-se em unidades "equivalentes" de serviços e recursos necessários para satisfazer os diversos tipos de necessidades que predominam em uma dada população.

Deste modo, dentro da concepção deste modelo, a epidemiologia, que é o estudo da natureza, da magnitude e da distribuição da doença e dos fatores que influem nela, é uma das ciências básicas para planejar e administrar a atenção à saúde.

Avançando mais nessa discussão, CARVALHEIRO (1984) afirma ser ingenuidade supor que apenas a necessidade gera o consumo, discutindo o uso diferencial de bens e serviços de saúde na sociedade, segundo a lógica da economia e não da necessidade, dentro da formulação do conceito de "perfil epidemiológico de classe ou fração de classe social", uma construção dialética do perfil reprodutivo da classe social e do perfil nosológico da mesma.

DONABEDIAN (1987) sugere, também, um modelo para medir o estado de saúde, considerando os diversos parâmetros atualmente existentes categorizados em graus de dano funcional (saúde deficiente) e graus de não dano (saúde). A saúde de uma população estaria representada por uma distribuição de frequências dos estados de saúde organizados e hierarquicamente distribuídos em categorias que vão desde a função perfeita à sua perda quase total. A medição do estado de saúde também faz parte do planejamento e avaliação em saúde.

A capacidade dos serviços para modificar a necessidade depende, portanto, da capacidade da ciência e tecnologia médicas e de suas aplicações adequadas nas situações que requerem atenção. Seus avanços aumentam a capacidade de modificar a necessidade, mas também geram novas necessidades de serviço. O administrador em saúde precisa interessar-se pelas equivalências entre necessidade, serviço e recursos.

1.3.2. OS COMPONENTES DA ATENÇÃO À SAÚDE

Para DONABEDIAN (1990), a atenção à saúde possui três componentes: a atenção técnica, o manejo da relação interpessoal e o ambiente físico no qual se desenvolve o processo de atenção. Analisar cada um deles permite estimar a qualidade da atenção oferecida.

Segundo ele, o conceito de qualidade pode ser ampliado e enriquecido com a inclusão de outros componentes como, continuidade, coordenação, companheirismo, acesso (DONABEDIAN, 1978), prevenção e reabilitação (DONABEDIAN, 1992).

A atenção técnica e o manejo da relação interpessoal estão inter relacionados e podem ser até indistinguíveis um do outro. Entretanto, na maioria dos casos a distinção pode ser feita e é fundamental para a definição de qualidade (DONABEDIAN, 1979).

A atenção técnica compreende a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e de outras ciências da saúde para lidar com um problema pessoal de saúde. É a chamada ciência da medicina. Apesar de enfatizar o embasamento científico-tecnológico deste componente da atenção, DONABEDIAN (1990) assinala a existência de diferentes escolas de pensamento e diferentes estilos de prática, mesmo dentro de um país, levando a diferenças na atenção, as quais se originam tanto das incertezas na ciência da atenção à saúde quanto das circunstâncias locais, como por exemplo, a disponibilidade e as características dos recursos humanos e materiais.

A qualidade da atenção técnica consiste na aplicação da ciência e tecnologia médicas de forma que maximize os benefícios para a saúde e minimize seus riscos. O grau de qualidade é, portanto, a extensão em que se espera que a atenção fornecida alcance o balanço mais favorável entre riscos e benefícios.

O manejo da relação interpessoal é o lidar da interação social e psicológica entre o cliente e o médico, a chamada arte da medicina. Ele deve encontrar valores e normas socialmente definidos que conduzem a interação de indivíduos em situações particulares e gerais. Estas normas são, em parte, reforçadas por preceitos éticos das profissões de saúde e por expectativas e aspirações dos pacientes. Desse modo, o grau de qualidade da relação interpessoal é a extensão da conformidade com estas normas, valores, expectativas e aspirações (DONABEDIAN, 1979).

Dessa forma, os benefícios e riscos devem ser avaliados conjuntamente pelo paciente e pelo médico responsável pela atenção. Para DONABEDIAN (1990), pacientes e profissionais são sócios na produção da atenção. Não basta qualificar o que o profissional faz ou se propõe a fazer, sendo também importante julgar o que o paciente é propenso a fazer ou não fazer, quando se lhe recomenda um tratamento. Os médicos devem ter sempre em mente o alcance e a consequência de suas condutas em relação à vida de seus pacientes, avaliando as implicações para este indivíduo, neste momento de ser submetido a uma hospitalização ou uma cirurgia ou outro procedimento mais agressivo. Neste sentido, NOGUEIRA (1994) propõe a adoção de protocolos mais flexíveis pela instituição.

As revisões de qualidade não tocam, habitualmente, nestas questões do comportamento do cliente e na interação médico-paciente.

O terceiro componente, o ambiente físico da atenção, refere-se às características do meio dentro do qual esta é proporcionada, isto é, a estrutura social e organizacional, que também influi em todos os aspectos da atenção.

DONABEDIAN (1968) introduz, assim, a noção de "ecologia do controle da qualidade", segundo a qual a avaliação da atenção à saúde não pode ser considerada independentemente de outros métodos de controle de qualidade com os quais está relacionada. Para ele, os aspectos mais fundamentais na ecologia do controle da qualidade são a natureza, o grau e a alocação do interesse social para a qualidade da performance profissional.

A qualidade tem sido sempre um assunto de preocupação social. Todavia, no passado, tal preocupação foi delegada quase exclusivamente para as organizações e instituições profissionais, com suporte legal e social (DONABEDIAN, 1968).

A profissão médica tem, tradicionalmente, cumprido suas responsabilidades pela qualidade com o controle do ingresso na profissão, controle da educação e treinamento, visando adquirir capacidade e conhecimento apropriados, fornecendo licenças e certificados e promovendo oportunidades para educação contínua e reciclagem. O controle da qualidade pela supervisão formal e revisão é bem recente, sendo um elemento relativamente estranho à vida profissional (DONABEDIAN, 1968).

Alguns desenvolvimentos intensificaram a preocupação com o controle da qualidade:

a) Em resposta ao desenvolvimento tecnológico, a prática médica tem se organizado progressivamente, como ocorre no hospital ou em práticas de grupo, em que o comportamento profissional está sujeito à observação por colegas profissionais;

b) Tem havido uma redefinição da responsabilidade legal e social corporativas pela qualidade;

c) Com a organização crescente da prática, têm ocorrido modificações no financiamento da atenção. Agências de seguro, programas governamentais estão todos preocupados com a qualidade da atenção que eles financiam.

Para DONABEDIAN (1968), há dois pré-requisitos mínimos para o desenvolvimento de mecanismos de avaliação: um certo grau de desenvolvimento da prática juntamente com autonomia profissional individual considerável na condução do caso.

Existe, atualmente, entre os fornecedores de serviços, um consenso de que eles são diretamente responsáveis pela qualidade da atenção fornecida, havendo menos aceitação da idéia de que uma agência governamental ou privada que apenas financie os serviços tenha a mesma responsabilidade em assegurar a qualidade da atenção. A tendência tem sido de que estas últimas também aceitem alguma responsabilidade pela qualidade (DONABEDIAN, 1968).

Existem alguns aspectos do sistema de atenção médica que limitam a aplicabilidade e a efetividade da revisão profissional, como a prática privada de consultório que permanece fora do escopo da observação ou controle profissional.

Mesmo em situações como hospitais bem organizados, onde os mecanismos formais de revisão já estejam instituídos, há certas características da prática privada e do corpo clínico que dificultam a efetividade da revisão profissional:

a) Relutância tradicional de médicos em interferir nas práticas uns dos outros ou à crítica pública um do outro;

b) A sobrevivência econômica e profissional na prática privada depende de uma boa vontade dos demais colegas;

c) Como os membros do comitê de auditoria se revezam, não se pode esperar que sejam muito críticos pois em outro momento eles próprios serão julgados.

Apesar disso, existem algumas condições que podem aumentar a efetividade da revisão da atenção médica:

a) O surgimento da especialização e a preocupação do especialista de que suas competências sejam reconhecidas e institucionalizadas;

b) O status de período integral, principalmente em membros de faculdade ou instituição de ensino está associado a uma maior sensibilidade para a qualidade na prática.

DONABEDIAN (1968) entende que, embora na prática não seja possível delegar a responsabilidade pela qualidade da atenção médica tanto para a direção como para o pessoal profissional, ela deve ser dividida para que o profissional possa pressionar a direção e vice-versa. A criação e a perpetuação deste estado de tensão podem ser a única maneira para assegurar que a qualidade da atenção seja mantida e os interesses dos clientes protegidos.

Em tudo isto, o consumidor informado deve ser um participante ativo, demandando que todos os elementos do sistema de atenção médica lhe permaneçam responsáveis no cumprimento de suas funções sociais.

1.3.3. O CUSTO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme já discutimos anteriormente, a concepção unicamente técnica da qualidade da atenção médica leva em conta a aplicação ótima da ciência e tecnologia disponíveis de forma que maximize os benefícios e minimize os riscos. Este é, para

DONABEDIAN (1979), o âmago da definição de qualidade, chegando inclusive a traçar curvas hipotéticas, correlacionando volume de serviços com riscos e benefícios.

Ele amplia este conceito de qualidade introduzindo outra variável, o custo. Para DONABEDIAN, WYSZEWIANSKI, WHEELER (1992), é necessário considerar a relação entre o valor da melhoria do estado de saúde e os recursos necessários para produzi-la. ROSENTHAL (1978) ressalta que a análise de custo-benefício quase nunca é uma ferramenta definitiva para a tomada de decisões.

Todavia, os indivíduos variam na forma com que valorizam as expectativas de riscos e benefícios e os custos da atenção, havendo, assim, um componente de valoração ou utilidade que vai influenciar na definição de qualidade da atenção médica (DONABEDIAN, 1979; DONABEDIAN et al, 1992). Dessa forma, o autor propõe três diferentes definições de qualidade.

Na primeira delas, o médico não considera os fatores econômicos nem a preocupação do paciente ao optar por determinada estratégia de atenção, levando em conta apenas quais as intervenções que lhe permitam obter o melhor balanço entre benefícios e riscos. É a chamada **definição absolutista**, fortemente presente quando grupos profissionais constroem formulações gerais do tipo de atenção que eles consideram ser de qualidade. Esta definição não representa, porém, todo o alcance dos valores e responsabilidades profissionais.

Numa outra visão, o paciente se envolve juntamente com o médico na definição dos objetivos da atenção, pressupondo, portanto, que esteja suficientemente informado. Nesta situação, o custo monetário da atenção torna-se uma consideração legítima e necessária. Trata-se da **definição individualizada** de qualidade, que leva em conta os desejos, valores, expectativas e intenções do paciente. Tal definição traz duas implicações: primeiro, de que não há uma estratégia única e melhor para todos os pacientes e, segundo, que a possibilidade do paciente pagar influencia o padrão de qualidade.

DONABEDIAN (1979) considera a definição absolutista como moralmente neutra, enquanto a individualizada não, e acha que pode ser esta a razão de que os pronunciamentos de líderes médicos sejam expressos em termos da primeira, embora a prática atual provavelmente esteja mais conforme com a segunda.

É possível resolver o problema do custo monetário através da ação social, isto é, repartindo-o com a sociedade. Desta forma, à medida que os custos monetários sejam deslocados de indivíduos para a coletividade, surge a **definição social**.

No entanto, algumas formas de atenção são mais valorizadas socialmente porque beneficiam não apenas o indivíduo que as usa, mas também outros. Além disso, a sociedade pode avaliar de forma diferente a saúde e o bem-estar de diferentes segmentos da população, refletindo valores sociais, considerações econômicas ou influência e poder políticos. Estas avaliações sociais podem se basear, portanto, no que é socialmente oportuno e não no que é socialmente justo, trazendo questões éticas nas quais o médico se vê envolvido e que demandam seu posicionamento em favor do bem-estar coletivo (DONABEDIAN, 1979).

Para que esta última definição seja eticamente defensável, Donabedian sugere que todos os ano-pessoa de vida seriam iguais em valores e que todas as pessoas teriam acesso igual à atenção, mas contribuiriam com os custos de acordo com suas possibilidades de pagar. Com uma determinada quantia de recursos a serem gastos em atenção médica, a melhor qualidade de atenção seria aquela que possibilitasse a maior utilidade para toda a população.

CORDERO (1964) defende a idéia de que quando os recursos são limitados, a atenção médica ótima para a comunidade pode exigir um nível subótimo para cada um de seus membros.

1.4. O LIBERALISMO E A QUALIDADE SOB A ÓTICA DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

O liberalismo da prática médica tem sido objeto de diferentes políticas do Estado, visando uma maior proteção ao consumidor. De um lado, há autores que defendem uma maior intervenção estatal, argumentando que os consumidores não detêm o conhecimento técnico necessário para poderem avaliar a propriedade e o valor do cuidado médico e afirmando que só o governo e sua legislação podem garantir tanto a segurança do cidadão como a efetiva utilidade da medicina, criando requisitos de competência e legitimação. Por outro lado, há aqueles que radicalizam sua posição liberal, postulando a

abolição completa das prerrogativas profissionais e argumentando que, pelo processo de livre escolha, os consumidores tornam-se aptos a avaliar o mérito de cada profissional. Ainda dentro desta corrente, alguns acreditam que o papel do Estado seria o de divulgar ao consumidor a informação de possíveis danos, deixando a este a responsabilidade de evitar o mal, através de seu livre arbítrio (NOGUEIRA, 1994).

No Brasil, o ponto de vista que se opõe ao controle do exercício das profissões prevaleceu inicialmente após a instauração da República e somente depois surgiram posicionamentos contrários, defendidos por entidades médicas (NOGUEIRA, 1994).

O desenvolvimento posterior de nossa sociedade permitiu o fortalecimento da reserva de mercado por organizações profissionais e, a partir da década de 40, montou-se uma estrutura de vigilância da prática profissional através de um acasalamento de interesses entre o Estado e as corporações, originando os conselhos profissionais (NOGUEIRA, 1994).

Diante do dilema liberal de intervenção ou não do Estado em defesa dos interesses do consumidor e do princípio da vulnerabilidade do consumidor, essa discussão vem tomando, atualmente, um caminho mais progressista, respaldada pela legitimação dos direitos do consumidor e pela reintrodução das questões éticas na sociedade, surgindo um novo conceito: a bioética.²

Autores como DONABEDIAN (1979) afirmam que a capacidade de juízo objetivo dos usuários dos serviços de saúde é maior do que se costuma admitir. Assim, lidar com essa questão usando as mesmas estratégias do movimento de defesa dos consumidores, ou seja, estimulando o direito à educação para o consumo pode ser uma boa solução, desde que se atue nos dois elos envolvidos nesta relação, usuário e fornecedor de serviços.

²É o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais (NOGUEIRA, 1994).

1.5. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A preocupação com a avaliação da qualidade nos serviços de saúde não é fato recente. Há mais de um século e meio, o médico francês Pierre C. A. Louis³ estudou sistematicamente os resultados de diversos tratamentos, utilizando métodos estatísticos e desenvolvendo provas clínicas.

No final do século passado, registram-se esforços documentados para avaliar a qualidade da atenção médica, durante a Guerra de Crimeia (RUELAS-BARAJAS & VIDAL-PINEDA, 1990).

Em 1912, CODMAN (1992) introduz o conceito de auditoria em cuidados de saúde.

Recentemente, diversas experiências em nível mundial mostram os esforços dirigidos para avaliar a qualidade da atenção prestada:

- Em 1971, é criado o *Joint Committee on Quality Assurance* (JCQA), um consórcio de membros de organizações médicas americanas que desenvolveu critérios para avaliar a oferta da atenção à saúde da criança (OSBORNE & THOMPSON, 1975);

- Criação do *Joint Committee on Accreditation Hospitals* (JCAH), que estabelece padrões para as atividades hospitalares e fiscaliza os hospitais para determinar o grau em que cumprem as normas.

- No México, o IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social) iniciou, em 1956, uma revisão de prontuários hospitalares (AGUIRRE-GAS, 1990);

- No México, em 1982, o governo explicitou a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e, a partir de então, têm surgido diversas experiências em programas de garantia de qualidade, como é o caso das Unidades de Garantia de Qualidade, programa extramuros do Instituto Nacional de Saúde Pública (RUELAS-BARAJAS & VIDAL-PINEDA, 1990);

- Em 1983, no Canadá, surge uma lei que passa a exigir de todos os hospitais o desenho de seus programas de garantia de qualidade (RUELAS-BARAJAS et al, 1990);

³Louis, P.C.A. apud MAGALHÃES, L.B. - Avaliação do sub-programa de assistência à saúde da criança em dois postos de saúde de Londrina, Paraná. São Paulo, 1983. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

- Na Holanda, é criado o Conselho de Garantia de Qualidade de Hospitais, que se tornou a experiência mais desenvolvida em nível mundial, passando a influenciar, inclusive, outros países europeus (RUELAS-BARAJAS et al, 1990);

- Nos hospitais americanos, nas últimas décadas, tem se desenvolvido uma ampla gama de atividades constituídas de esforços intramuros por parte de hospitais, visando atender a requisitos de entidades públicas e privadas, com relação à qualidade da atenção prestada, que eles devem acatar (JESSEE, 1990);

- Atualmente, existe nos Estados Unidos uma Associação Nacional de Profissionais da Garantia de Qualidade, que forma e fornece certificados para profissionais em garantia de qualidade (JESSEE, 1990);

Da mesma forma como ocorre para o conceito de qualidade, existem numerosas definições para a avaliação.

DONABEDIAN (1992), um dos maiores estudiosos sobre o tema, observa que a avaliação da qualidade deve se apoiar em uma definição conceitual e operacional do que significa a qualidade da atenção médica, ao mesmo tempo que faz considerações sobre a dificuldade em se definir esta última.

Para ESCUDERO (1989), avaliar é comparar uma realidade observada com outra e emitir, a partir daí, um juízo de valor, que nos oriente na tomada de decisões, permitindo-nos aproximar de alguma meta.

O Grupo Básico Interinstitucional de Avaliação (CHÁVEZ et al, 1990) sugere duas definições:

1) "É a análise metodológica dos fatores ambientais e tecnológicos que intervêm no processo da atenção aos pacientes, atribuindo valores uniformes a cada conceito ou componente para seu estudo mediante uma organização institucional estabelecida. A avaliação inclui o conhecimento do grau de satisfação do usuário, do prestador dos serviços e da instituição e, também, se estende à formação de recursos humanos e ao desenvolvimento científico do pessoal."

2) "É um processo ordenado e metodológico para estabelecer análises e medições sistemáticas de políticas, estratégias e programas de saúde, estudando-os de acordo com os objetivos formulados e a coerência das ações propostas, a utilização dos recursos previstos, o grau de cumprimento dos resultados e os efeitos produzidos".

KALUSNY (1984) a define como "a recopilação e análise de informação mediante estratégias metodológicas a fim de determinar a pertinência, o progresso, a eficiência, a efetividade e o impacto das atividades de um programa", sendo que:

- **Pertinência:** refere-se à necessidade do programa para satisfazer as necessidades sanitárias ou a demanda de serviços de saúde de uma comunidade;
- **Progresso:** é determinado mediante seguimento das atividades do programa;
- **Eficiência:** mostra se os resultados do programa poderiam ser obtidos com custos menores;
- **Efetividade:** denota se os resultados de um programa cumprem certos objetivos pré-estabelecidos, em um curto prazo;
- **Impacto:** são as conseqüências, a longo prazo, do programa.

Para ele, a efetividade e o impacto são os aspectos mais importantes.

O grupo de estudo sobre eficiência da atenção médica da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁴ (1967) sugere que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde aborde três componentes: suficiência, eficiência e qualidade científico-técnica. A Associação Americana de Saúde Pública⁵ (1969) acrescenta, ainda, a satisfação dos consumidores e dos prestadores dos serviços.

Vuori⁶ (1982) propõe os seguintes componentes: eficácia, eficiência, suficiência (esta tem um componente numérico e um distributivo), qualidade técnico-científica, continuidade (o tratamento integral do paciente deve conter os serviços necessários, na seqüência adequada e no intervalo de tempo apropriado) e comunicação eficaz médico-paciente.

⁴ OMS apud GOMES, E.G. - Marco conceptual y consideraciones metodologicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1989. 60p.

⁵ Associação Americana de Saúde Pública apud GOMES, E.G. - Marco conceptual y consideraciones metodologicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos. Washington, OPS, 1989. 60p.

⁶ Vuori apud GOMES, E.G. - Marco conceptual y consideraciones metodologicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos. Washington, OPS, 1989. 60p.

Ao incluir o componente da suficiência, torna-se claro que quantidade e qualidade são inseparáveis. BARAJAS (1990) discute essa relação entre qualidade e quantidade considerando que, diante do crescimento populacional, há necessidade de se buscarem fórmulas que permitam aos serviços de saúde aumentarem sua cobertura para satisfazerem necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais equitativa, eficiente e efetiva.

DONABEDIAN et al (1992) diferenciam dois tipos de eficiência:

- Clínica: relativa às estratégias de atenção (o médico combina os serviços, controla sua duração e os ordena da forma mais eficiente possível para produzir o melhor incremento na saúde com um gasto específico);

- Produtiva: relativa à maneira na qual se produzem os serviços (exemplos disso são os atrasos nos resultados de exames, hospital vazio, etc).

Para ele, é possível obter maior qualidade, melhorando as duas eficiências.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1985), os princípios da garantia da qualidade são: desempenho profissional (qualidade técnica), emprego de recursos (eficiência), risco do paciente (lesão ou doença relacionada com os serviços administrados) e satisfação do paciente com os serviços recebidos.

Outro ponto fundamental na discussão sobre qualidade diz respeito à equidade. Para GOMES (1989), a necessidade é o fundamento do conceito de equidade. A inequidade na distribuição dos serviços de saúde ocorre quando os indivíduos recebem serviços, não de acordo com suas necessidades, mas sim de acordo com sua posição na estrutura social ou com características do sistema de saúde.

Vários estudos mostram que a qualidade da atenção à saúde é inferior para as pessoas que não recebem os serviços de que necessitam, ou seja, estes recebem menos e de pior qualidade (GOMES, 1989).

Considerando-se que no processo saúde-doença há uma evidente determinação social, podemos afirmar que as populações de mais baixo nível sócio-econômico são as que mais adoecem e, portanto, as que mais necessitam de serviços de atenção à saúde. Assim, mais recentemente, a equidade tem sido entendida como maiores oportunidades aos que delas mais necessitam (SCHLAEPFER-PEDRAZZINI & INFANTE-CASTAÑEDA, 1990).

Na literatura, observa-se ainda um consenso de que a avaliação deva ter um objetivo racionalizador, possibilitando a alocação de recursos em setores prioritários, segundo critérios técnicos (HORWITZ, 1978; DE GEYNDT, 1986; ESCUDERO, 1989).

A maioria dos autores situa os objetivos da avaliação dentro do âmbito técnico, ou seja, criar normas ou procedimentos, modificar uma política, melhorar o desenho de um programa ou a definição de seus objetivos, estabelecer prioridades para os problemas e aumentar a efetividade e a eficácia dos programas (HORWITZ, 1978).

Outro objetivo é o educativo, formando as bases da investigação, propiciando material de ensino para a educação contínua dos profissionais de saúde e definindo a função e responsabilidade do paciente no processo de atenção (DE GEYNDT, 1986). HORWITZ (1978) acrescenta que este objetivo pode fundamentar a reforma da educação em ciências da saúde, formando o profissional prioritariamente para a prevenção e não exclusivamente para a cura, com um ensino mais comunitário e não fundamentalmente institucional.

Recentemente, têm surgido, em alguns países, iniciativas tanto governamentais quanto da sociedade, exigindo maiores responsabilidades dos prestadores de serviços, com o intuito de proteger os consumidores destes serviços. O número crescente de leis, normas e regulamentações evidencia este fato (DE GEYNDT, 1986) e decorre, daí, um outro objetivo da avaliação, reconhecer os direitos de cidadania dos consumidores de serviços de saúde.

Podemos, portanto, afirmar ser a avaliação um instrumento político que faz parte do processo de gestão. Conseqüentemente, nela influi também o contexto institucional e político (KALUSNY, 1984). Dessa forma, podem existir programas com objetivos em desacordo com a realidade, mas que precisam ser mantidos por serem frutos de negociações políticas anteriores. Assim, as decisões relativas a esses programas não irão se basear em critérios técnicos, mas sim políticos. Podem também ocorrer situações em que determinados programas não explicitem seus reais objetivos, por estarem ligados à própria sobrevivência institucional, tornando a avaliação muito difícil de ser realizada. Ou, ainda, quando a avaliação é imposta por um organismo alheio à instituição, pode-se criar um conflito entre o avaliador e o diretor do programa ou instituição, gerando atitude defensiva deste último.

Tratando-se de um processo político, precisamos considerar dois aspectos (KAI USNY, 1984):

- A seleção dos programas para serem avaliados é de índole política, ou seja, os programas dirigidos a grupos politicamente poderosos não estão sujeitos a avaliações na mesma medida que os programas voltados para grupos politicamente marginais;

- A avaliação se realiza freqüentemente quando os programas começam a ter problemas de natureza política.

Segundo observaram BROOK & LOHR (1981), nas décadas de 60 e 70, os estudos sobre qualidade da atenção se centraram nas medições. Ao mesmo tempo em que se desenvolveram indicadores e métodos para validá-los, criou-se um ceticismo sobre a utilidade e certeza dos métodos para avaliar a qualidade da atenção. Na década de 80, o enfoque passou a ser a contenção de custos, que poderia levar a qualidade a um nível mínimo extremo. Por conseguinte, a avaliação passou a ter uma função protetora da sociedade, garantindo a manutenção e melhoria da atenção à saúde.

Atualmente, podemos constatar a inexistência de avaliações sistemáticas para garantir a qualidade da atenção em saúde. HORWITZ (1978) atribui esta situação a basicamente dois motivos: ausência de planificação e de definições de objetivos dos programas e falta de consenso sobre as informações adequadas para medir a qualidade da atenção.

1.6. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Diversos métodos e instrumentos têm sido propostos nos últimos anos para avaliar os serviços de saúde. A maior parte da literatura sobre este assunto tem se centrado na medição clínica e nos países desenvolvidos, sendo comparativamente escassas as publicações que avaliem programas de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento (GOMES, 1989).

CHÁVEZ et al (1990) recomendam que a avaliação seja programada (tanto sua realização quanto os aspectos que serão avaliados), sistemática, permanente, contínua, objetiva e participativa (entre avaliador e avaliado).

Os métodos propostos têm focado aspectos de estrutura, processos ou resultados (DONABEDIAN, 1992), enfatizando ações sobre os indivíduos ou a comunidade, com uma perspectiva institucional (DONABEDIAN, 1988) ou de orientações territoriais e populacionais, centrados mais nos prestadores (AGUIRRE-GAS, 1990) ou nos usuários (VELÁSQUEZ, 1978; AGUIRRE-GAS, 1990; JESSEE, 1990), ressaltando aspectos clínicos, organizacionais, econômicos ou docentes.

OSBORNE & THOMPSON (1975) salientam que a escolha do método de avaliação irá certamente influenciar ou mesmo ditar os resultados obtidos.

Nos últimos anos, diversos autores têm proposto que a avaliação da qualidade deve considerar as demandas ou expectativas dos usuários (VELÁSQUEZ, 1978; DONABEDIAN, 1987; AGUIRRE-GAS, 1990; JESSEE, 1990; RUELAS-BARAJAS et al, 1990), dos trabalhadores (DONABEDIAN, 1987; AGUIRRE-GAS, 1990) e da instituição (AGUIRRE-GAS, 1990).

DONABEDIAN (1988) sugere que o estudo dos objetivos propostos pelas instituições é uma excelente maneira de analisá-las. Dentro deste pressuposto, o autor identifica cinco tipos de objetivos:

- Voltados para os prestadores de serviços: servem aos interesses dos prestadores e compreendem a liberdade de critérios e atividades profissionais, a manutenção da eficiência profissional e da qualidade da atenção, uma compensação adequada, o controle sobre as condições nas quais se pratica a atenção com relevância no controle sobre a remuneração e a manutenção das normas profissionais;

- Voltados para a organização: visam garantir a integridade da organização e seu poder sobre o meio. São o controle do custo e da qualidade da atenção, eficiência, manutenção da capacidade de atrair os clientes, manutenção de emprego aos profissionais e mobilização de apoio financeiro por parte da comunidade. Estes objetivos só fazem sentido na medida em que servem ao cliente. DONABEDIAN (1988) chama de "deslocamento de metas", a situação em que elas se colocam acima dos objetivos voltados para o cliente;

- Voltados para a coletividade: dirigidos para a conservação do sistema social e seus valores. São a distribuição adequada de recursos, de acordo com as necessidades, a imparcialidade, a representação política, a representação de interesses implícitos nos programas e a coordenação com outros organismos com funções similares ou relacionadas

com as da organização. Envolve o ajuste de demandas antagônicas, considerando que o que é bom para um determinado grupo de clientes, prestadores ou organizações não coincide necessariamente com o bem público;

- Voltados para o cliente: incluem o acesso ao serviço, o uso real do serviço, a qualidade da atenção, a autonomia e dignidade do cliente e a liberdade para escolher.

- De orientação múltipla: englobam dois ou mais dos objetivos anteriores e cumprem uma função integradora entre o cliente, o prestador e a organização.

Em 1966, DONABEDIAN sugere a trilogia ESTRUTURA - PROCESSO - RESULTADO, como um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde (DONABEDIAN, 1992). Nenhum destes é sugerido como superior aos demais, havendo, sim, vantagens e limitações na utilização de cada um deles.

A **estrutura** se refere às características mais estabelecidas e invariantes de como se estabelece e maneja o sistema de atenção à saúde (DONABEDIAN, 1986; ESCUDERO, 1989; CHÀVEZ et al, 1990; DONABEDIAN, 1992). O enfoque estrutural constitui um método no qual os insumos no processo da atenção (pessoal, instalações, equipamentos, estrutura administrativa, etc) são descritos e comparados com critérios e padrões pré-estabelecidos. Parte do pressuposto de que possuindo as condições e meios adequados, uma boa atenção médica estará assegurada. Sua origem está embasada no relatório Flexner (1910), no qual a melhoria da educação médica é tida como uma estratégia importante na melhoria da qualidade da atenção médica (GOMES, 1989). As críticas a esta abordagem compreendem a falta de acordo sobre os padrões, uma relação não bem estabelecida entre estrutura e processo ou entre estrutura e resultado e a possibilidade de se ritualizar.

O **processo** refere-se ao que fazem os médicos do ponto de vista técnico na condução da atenção à saúde e, também, quanto à sua interação com os pacientes (DONABEDIAN, 1986). Baseia-se na suposição de que se todo o conhecimento e tecnologia médicos atualmente disponíveis forem aplicados, os resultados da atenção serão melhores. Utiliza-se da auditoria de registros e da observação direta como fontes de informações. A crítica mais importante é a de que as histórias clínicas nem sempre retratam fielmente o que de fato ocorreu com o paciente, mas sim a perspectiva do provedor de atenção sobre o ocorrido. Além disso, diversos autores têm constatado a existência de pouca informação sobre a qualidade do registro do paciente ambulatorial diferentemente do

paciente hospitalizado (OSBORNE & THOMPSON, 1975; MAGALHÃES, 1983; DONABEDIAN, 1992), e feito críticas à própria qualidade dos registros (DONABEDIAN, 1968; OSBORNE & THOMPSON, 1975; MAGALHÃES, 1983; GOMES, 1989; CAMPERO-CUENCA, 1990). Concluem que há falta de padronização na informação registrada, sendo esta freqüentemente incompleta e inadequada. A relação entre bom registro e boa qualidade da atenção tem sido objeto de controvérsia. DONABEDIAN (1968, 1969) e LYONS & PAYNE (1974) afirmam que o bom registro está provavelmente associado a uma boa atenção. FESSEL & VAN BRUNT (1972) têm opinião oposta. CLUTE (1963) acha que registros incompletos não são incompatíveis com uma boa qualidade da atenção. OSBORNE & THOMPSON (1975) afirmam que, até o momento, são inconclusivas as evidências relacionando a qualidade do registro com a qualidade da atenção.

A observação direta das atividades do médico por um profissional qualificado é limitada pela mudança de comportamento do médico enquanto está sendo observado, segundo citam OSBORNE & THOMPSON (1975) e DONABEDIAN (1992). Este último ainda cita a percepção seletiva do observador como outra limitação deste método.

O **resultado** é a consequência da atenção (ou falta dela) na saúde de quem a recebe (ou deixa de recebê-la) (DONABEDIAN, 1986). Assim, a recuperação, a restauração das funções e a sobrevivência são usadas como indicadores de qualidade da atenção. DONABEDIAN (1978) ressalta que é uma medida válida da qualidade apenas enquanto se relaciona com os antecedentes do processo de atenção, já que o estado de saúde dos indivíduos recebe influências de vários outros fatores. Trata-se de um enfoque com muitas vantagens, fornecendo validade para a eficácia e qualidade da atenção médica. Existem, atualmente, numerosos tipos de resultados na forma de indicadores, estudados aos detalhes. DONABEDIAN (1978) lhes atribui uma propriedade integrativa, uma vez que representam as contribuições de todos os participantes na atenção, inclusive as do próprio paciente.

DONABEDIAN (1992) cita, também, algumas restrições ao seu uso: escolha de critério não pertinente à situação, influência de outros fatores além da atenção médica, indisponibilidade de resultados quando se necessita avaliar intervenções, dificuldade de comparabilidade dos resultados, alguns são difíceis de medir, etc.

Diversos autores desenvolveram métodos que combinam estes enfoques:

- WILLIAMSON (1967)⁷ criou o método da contagem de saúde, no qual se confrontam os resultados observados com os esperados, analisando as possíveis causas, sempre que houver discrepâncias.

- KESSNER (1973) propõe alguns problemas específicos de saúde que podem servir como "traçadores" para a análise da prestação de serviços. Por ser um método de base populacional, permite estudar o funcionamento do conjunto do sistema de saúde, principalmente onde há regionalização, e também possibilita analisar a distribuição da atenção entre vários subgrupos de população.

- RUTSTEIN (1992) estabelece indicadores negativos de saúde, os "eventos sentinelas", doenças evitáveis, incapacidades evitáveis, etc. Sua existência é um sinal de alerta que indica a necessidade de melhorar a qualidade da atenção.

Inúmeros outros métodos são descritos na literatura, enfocando as mais diversas situações relativas à prestação e utilização dos serviços de saúde, cada um deles apresentando vantagens e pontos desfavoráveis.

Os serviços hospitalares também têm sido objeto de avaliação, nos últimos anos, realizando diversas atividades destinadas a melhorar a qualidade dos serviços prestados. JESSEE (1990) relata que praticamente todos os hospitais americanos desenvolvem atividades, tanto internas quanto externas, de garantia de qualidade. As internas abordam revisão de utilização, manejo de riscos e relações com pacientes; as externas compreendem a obtenção de cédulas junto ao governo, atividades federais relativas ao Medicare e Medicaid, organizações privadas da avaliação, controle da negligência profissional, acreditação pela Comissão Mista, revisões de agências seguradoras, certificação por conselhos profissionais e revisões privadas.

SHEPS (1955) reconhece três propósitos destas avaliações: regulamentador, melhoria da qualidade e avaliação de programas. Afirma que o cuidado hospitalar é multidimensional, sendo a qualidade da atenção recebida pelos pacientes afetada pela adequação do hospital quanto à manutenção, organização administrativa e profissional,

⁷WILLIAMSON apud GOMES, E.G. - Marco conceptual y consideraciones metodologicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos, Washington, OPS, 1989. 60p.

competência pessoal e relações interpessoais entre os profissionais e entre estes e os pacientes. Assim, qualquer consideração de avaliação hospitalar deve reconhecer o grande número de fatores envolvidos na atenção ao paciente.

DE GEYNDT (1986), KUMATE & ISIBASIS (1986), CHÁVEZ et al (1990) e muitos outros autores apontam os comitês intra-hospitalares como fundamentais nos processos de avaliação.

JESSEE (1990) considera que os regulamentos que asseguram a realização das atividades de garantia de qualidade são justificados, dada a importância delas. Eles podem, porém, se tornar contraproducentes pois obrigam os indivíduos e as instituições a se concentrarem no necessário para cumprir os regulamentos ao invés de atender o interesse individual e institucional de melhorar a qualidade. Esta situação precisa ser equacionada, buscando-se estratégias que possibilitem a garantia de qualidade.

Recentemente, autores como LAGUNA-CALDERÓN & SALINAS-OVIEDO (1990) e RUELAS-BARAJAS et al. (1990) têm trabalhado com a metodologia dos círculos de qualidade, com perspectivas promissoras dentro de um programa de garantia de qualidade. Trata-se de um mecanismo de participação na tomada de decisões operativas dos serviços envolvidos.

De GEYNDT (1986) afirma não existir uma única forma de avaliar a qualidade da atenção porque, no final, a avaliação se converte em juízo e, portanto, o processo de estabelecer prioridades e definir critérios determina, em grande medida, o resultado do processo. Ou seja, aquele que tem a autoridade para estabelecer prioridades e definir critérios tem o poder para impor seu juízo e, conseqüentemente, determinar os critérios para realizar a avaliação.

Parece que um maior refinamento das técnicas de avaliação é menos importante que o desenvolvimento de estratégias para modificar a conduta dos profissionais de saúde.

Ressaltamos, ainda, que a avaliação de qualidade não é domínio dos hospitais acadêmicos de nível terciário, mas deve cobrir todo tipo de serviços de atenção médica. Todos os níveis do sistema de saúde devem, portanto, revisar a qualidade de suas ações.

OBJETIVOS

São objetivos desta pesquisa:

1. Caracterizar as clientela que se utilizam do Ambulatório Geral de Pediatria e de uma das subespecialidades, verificando semelhanças e diferenças entre elas.
2. Estudar a procedência dos usuários e o acesso aos referidos ambulatórios, bem como a utilização de serviços de saúde mais próximos ao seu local de origem.
3. Analisar alguns indicadores de qualidade da assistência prestada no Ambulatório de Pediatria.
4. Verificar, sob a perspectiva dos usuários, os problemas e soluções propostas para a melhoria da qualidade da atenção no Ambulatório de Pediatria.
5. Conhecer a concepção dos médicos que atuam no Ambulatório Geral de Pediatria a respeito do papel desempenhado pelo HC e pela rede básica na atenção à criança, sob a ótica da hierarquização.

MATERIAL E MÉTODOS

3.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HC-UNICAMP

O presente estudo foi realizado no Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Unicamp, localizado na Cidade Universitária, em Barão Geraldo, município de Campinas, SP.

Trata-se de um ambulatório didático-assistencial do qual participam docentes e médicos contratados do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, além de alunos do quinto ano de graduação em Medicina e de residentes de Pediatria, de primeiro a terceiro anos.

Inserido no Sistema Único de Saúde, este ambulatório tem, como atribuição, realizar a atenção secundária e terciária de crianças na faixa etária de 0 a 18 anos, sem delimitação de área de cobertura, conforme veremos adiante.

Seu funcionamento se dá de segunda a sexta-feira, no horário das 8 às 12 e das 14 às 17 horas, sendo que, no mesmo espaço físico, revezam-se os seguintes ambulatórios: Pediatria Clínica, Gastro, Nefro, Pneumo/Imuno, Reumato, Crescimento, Adolescentes, Neuro, Psicologia, Endócrino, Uro-nefro, Giedds (Grupo Interdisciplinar de Diferenciação e Determinação do Sexo), Diabetes e Cirurgia Pediátrica.

Na organização do ambulatório, a recepção inicia o atendimento dos pacientes marcados para aquele dia, a partir das 7:00 horas da manhã, quando se abrem as portas do hospital, embora o atendimento médico só comece a partir das 8:00 horas. O paciente é chamado, por ordem de chegada, pesado e medido pelas funcionárias da recepção, voltando para a espera. Seu prontuário é ordenado sequencialmente de acordo com: a hora de sua chegada, o ambulatório onde será atendido (geral ou especialidades) e separado em "caso novo" ou "retorno".

No ambulatório geral (também chamado de Pediatria Clínica), os casos são atendidos indistintamente por alunos e residentes de primeiro ano de Pediatria. Os primeiros se revezam neste estágio a cada 30 dias e os últimos a cada 10 semanas. Tenta-se fazer que os retornos sejam atendidos pelo mesmo aluno ou residente que realizou a consulta anterior, na medida em que ele ainda esteja passando pelo setor, o que geralmente é inviabilizado, devido ao longo prazo entre as consultas. Após a realização da consulta, o caso é discutido pelos residentes de segundo ano ou docentes presentes naquele dia, que o conduzem, encerrando o atendimento.

O paciente é, então, liberado e se dirige à pós-consulta, onde recebe as orientações sobre os encaminhamentos dados ao caso.

No ambulatório de especialidade, o atendimento é realizado pelo residente de segundo ano, com posterior discussão com os docentes do setor. Aqui também se faz a tentativa de seguimento do caso pelo mesmo residente, o que nem sempre acontece devido ao mesmo motivo anterior. O residente passa por este setor em dois momentos de seu estágio de R2, permanecendo 6 e 5 semanas, em cada um deles, o que interrompe o seguimento de seus casos.

Os docentes que atuam no ambulatório geral também fazem parte de alguma especialidade em sua grande maioria, como se mencionará na análise das entrevistas, e se revezam durante a semana para a discussão dos casos com os alunos e residentes.

3.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Considerando-se os objetivos do presente estudo, foram utilizados dois diferentes instrumentos para coleta de informações, complementados com dados fornecidos pela área de informática do HC-UNICAMP, os quais descreveremos, a seguir:

3.2.1. QUESTIONÁRIO COM USUÁRIOS

Visando a obtenção de informações para caracterizar a clientela usuária do Ambulatório de Pediatria, optou-se pela realização de um questionário (ANEXO I) contendo as seguintes variáveis:

- **Entrevista:** numeradas de 1 a 221.
- **Data:** momento da realização da entrevista.
- **HC:** número do registro hospitalar.
- **Idade:** anotada em anos completos.
- **Sexo:** masculino ou feminino.
- **Vínculo previdenciário:** sim ou não.

- **Convênios/seguros-saúde:** sim ou não, conforme possua ou não alguma destas modalidades de atenção privada à saúde.
- **Chefe de família:** pai, mãe ou outro. Considerou-se a mãe ou outro, quando o pai não estava presente na família e também não arcava financeiramente com as despesas do filho, sendo o chefe aquele que as estivesse custeando. Nas demais situações, o pai foi considerado como chefe, independentemente de estar empregado naquele momento ou não.
- **Tipo de ocupação:** foi codificada nas seguintes frações de classe: proletariado propriamente dito, subproletariado, burguesia gerencial, pequena burguesia e burguesia empresarial, de acordo com classificação proposta por BARROS (1986).
- **Posição na ocupação:** discrimina o chefe de família em: assalariado, empregador, autônomo estabelecido ou não com negócios e fora da PEA, de acordo com sua situação no momento da entrevista, segundo a mesma classificação já citada (BARROS, 1986).
- **Condição da ocupação:** registrada no momento da coleta de dados, informa se o chefe de família estava trabalhando, desempregado, aposentado ou pensionista (BARROS, 1986).
- **Ocupação da mãe:** considerada como fora ou dentro do lar.
- **Quem cuida da criança:** indicando o responsável direto pelos cuidados com a criança: mãe, instituição (creche, etc) ou outro (avó, irmãos, vizinhos, etc).
- **Renda familiar:** referente ao mês anterior ao da entrevista (o último salário recebido), sendo registrado em cruzeiros e posteriormente transformado em dólares, pelo câmbio comercial, do primeiro dia útil do mês em questão.
- **Número de pessoas da família:** considerados apenas os que dividem o mesmo provento para a subsistência.
- **Renda per capita:** calculada pela divisão das duas variáveis acima.
- **Escolaridade do pai e da mãe:** classificada em analfabeto, lê e escreve, primeiro grau completo, segundo grau completo e superior.
- **Procedência:** registrou-se o município onde o paciente reside que foi, posteriormente, reportado a uma das cinco macro-regiões do Estado de São Paulo. Os municípios pertencentes a outros estados foram considerados num único grupo, bem como os pacientes residentes em Campinas.

- **Locomoção:** forma de transporte utilizada pelo paciente até o HC: ônibus urbano, transporte cedido pelas prefeituras, próprio, ônibus intermunicipal, carro ou ambulância de aluguel ou outro (a pé, etc).
- **Encaminhamento ao HC:** interrogou-se a respeito da forma através da qual o paciente chegou ao HC: espontânea ou encaminhada.
- **Serviço que encaminhou:** o responsável pelo encaminhamento foi classificado da seguinte maneira: ambulatório ou centro de saúde público, hospital público ou conveniado ao SUS, serviço localizado em município diferente ao da residência do paciente, convênio de saúde, médico ou hospital particular, Unicamp (Pronto Socorro, Caism, Especialidades diversas) ou outro serviço (APAE, escola, etc).
- **Prazo de agendamento:** tempo decorrido entre a chegada do paciente ao HC e a realização da primeira consulta no ambulatório geral de Pediatria, ou entre a consulta dentro da própria Unicamp (Pronto Socorro, Caism, especialidades) que gerou seu encaminhamento à Pediatria, e a primeira consulta no ambulatório geral de Pediatria. No caso do ambulatório de especialidade, considerou-se o intervalo de tempo entre a consulta no ambulatório geral de pediatria que motivou seu encaminhamento à especialidade e a primeira consulta nesta. Isto decorre do fato de que o acesso aos ambulatórios de especialidades na Pediatria só ocorre após o paciente passar pelo ambulatório geral.
- **Frequência a outros serviços de saúde:** considerou-se "sim", somente se o paciente frequentou outro serviço de saúde antes de chegar à Unicamp e se foi feita qualquer investigação ou seguimento no sentido de se tentar a resolução do caso antes de seu encaminhamento. Considerou-se "não" a situação inversa, ou seja, quando o paciente não foi seguido nem sequer investigado, apenas encaminhado.
- **Quais serviços frequentou:** usou-se a mesma classificação acima utilizada pelo quesito "serviço que encaminhou". Foram registrados até três serviços diferentes pelos quais o paciente passou até chegar ao HC.
- **Sabe o que a criança tem:** considerou-se "sim" quando o paciente referia algum conhecimento sobre a investigação, seguimento ou patologia da criança e não o inverso, isto é, quando não possuía **nenhum** conhecimento. Não era necessário saber o nome da patologia, mas apenas que soubesse se situar em relação ao problema de saúde apresentado.

- **Diagnóstico referido:** foi classificado sob o ponto de vista do paciente da seguinte maneira:

- 1) Problemas gerais e inespecíficos
- 2) Aparelho digestivo
- 3) Aparelho respiratório
- 4) Endócrinos, metabólicos e nutricionais
- 5) Sistema nervoso e sentidos
- 6) Aparelho cardio-circulatório
- 7) Aparelho genito-urinário
- 8) Pele e anexos
- 9) Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- 10) Anomalias congênitas e síndromes genéticas
- 11) Doenças infecciosas e parasitárias
- 12) Sangue e sistema linfático
- 13) Ainda em investigação
- 14) Multissistêmico

Não se pretendeu aqui estudar o perfil de morbidade do ambulatório de Pediatria, mas apenas conhecer, sob a perspectiva do usuário, os problemas mais prevalentes na nossa amostra. Os fatores relativos à sazonalidade não foram, portanto, considerados.

- **Melhora do paciente:** tendo como referência a evolução do paciente desde o início do tratamento no HC foram consideradas as seguintes respostas: sim (melhorou), não (não melhorou) ou piorou, novamente sob a perspectiva do usuário.

- **A que atribui** (tanto a melhora quanto a piora): foram criadas as seguintes categorias, sendo o paciente incluído em apenas uma delas, mesmo quando havia uma combinação de respostas, como se vê, a seguir:

a) **Remédio:** quando a melhora foi atribuída pelo paciente ao uso de medicamentos, imunoterapia e combinações (remédio e espontânea, remédio e fisioterapia). Não se consideraram aqui os remédios caseiros.

b) **Orientações médicas:** incluiu-se aqui as orientações médicas propriamente ditas, conscientizando os pais sobre a patologia da criança e cuidados profiláticos, além da proposição

de dietas e de exercícios físicos e também combinações de respostas (orientação médica e fisioterapia).

c) Remédios e orientações médicas: quando a resposta combinou as duas categorias anteriores.

d) Investigando: sempre que o caso ainda estivesse em investigação e, portanto, sem proposta terapêutica até o momento da entrevista.

e) Espontânea: quando não ocorreu nenhum tipo de intervenção médica e a melhora ou piora foi atribuída pelo paciente a situações como mudança climática ou crescimento da criança ou então cuidados maternos (mãe parou de trabalhar fora e passou a cuidar dela). Toda vez que esta categoria surgiu nas respostas, de forma combinada com outras (medicamentos, benzedeiros, etc), foi considerada a outra categoria, visando mostrar a crença do paciente.

f) Procedimento cirúrgico: quando este foi o fator de melhora do paciente.

g) Outras práticas: incluiu-se aqui a frequência a benzedeiros, o uso de remédios caseiros e também situações como retirada de medicamentos que usava anteriormente com melhora do quadro clínico, o seguimento fisioterápico, além de combinações (benzedeira e espontânea).

h) Psicoterapia: considerados nesta categoria os pacientes em seguimento psicoterápico somente ou combinado com outras, desde que o paciente lhe creditou um peso maior do que as demais categorias.

i) Má condução: toda vez que a condução do caso não esteve de acordo com a expectativa do paciente, como dificuldades no acesso a especialistas, imunoterapia ou cirurgia, morosidade na definição diagnóstica e não melhora com o tratamento proposto.

j) Desconhece: quando o paciente não soube explicar porque melhorou ou não.

k) Não procede: nas situações em que a evolução do quadro clínico é por si mesma lenta (exemplo: baixa estatura, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor).

- **Quem é o médico da criança:** refere-se ao vínculo com o profissional que acompanha a criança, com as seguintes opções:

a) Um único: quando o paciente reconhece um único médico como o responsável pelo seguimento da criança.

b) Vários diferentes: a cada vez, médicos diferentes assistem à criança, sendo que o paciente não sabe o nome de nenhum deles.

- c) **Vários/cita um:** embora sejam vários os médicos envolvidos no seguimento, o paciente tem um deles como referência, sabendo, inclusive, o seu nome.
- d) **Vários/cita 2 ou mais:** são vários os médicos que acompanham a criança, e o paciente sabe o nome de pelo menos dois deles, tendo-os como referência.
- e) **Desconhece:** quando o acompanhante não soube informar se era um ou mais médicos os envolvidos no seguimento, inclusive sem saber o nome de nenhum deles.

- **Sabe os cuidados e orientações em relação à criança:** aqui, o paciente explicitou o quanto conhecia a respeito da patologia da criança e os cuidados profiláticos com a mesma, sendo categorizado da seguinte maneira:

- a) **Sim/claramente:** quando o paciente soube informar, pelo menos, quatro orientações dadas pelos profissionais que acompanhavam a criança.
- b) **Sim/razoável:** quando ele relatou até três orientações.
- c) **Sim/urgências:** soube apenas as orientações para as situações de urgência e não no seguimento rotineiro da criança.
- d) **Não:** não soube relatar nenhum cuidado com relação à criança.
- e) **Não há:** os cuidados inexistiam até o momento da entrevista ou porque não havia, de fato, nenhum cuidado para a patologia em questão ou porque estava ainda em investigação.

- **Busca outros serviços quando a criança adoece:** sim ou não.

- **Quais serviços utiliza em situações de urgência:** utilizou-se a mesma classificação acima dada ao serviço que encaminhou.

- **Satisfação com a assistência no HC:** referindo-se apenas à Pediatria, foi respondida com "sim", "não" ou "mais ou menos".

- **Problemas ou falhas na atenção:** perguntou-se sobre a existência de algum tipo de problema na atenção à criança, sendo respondido "sim" ou "não". No caso de resposta afirmativa, foi solicitado um detalhamento maior, o que será analisado em outro momento deste trabalho.

- **Sugestões para a melhoria da atenção:** idem ao anterior.

- **Hora de chegada:** durante a entrevista, foi perguntado ao paciente sobre a hora de sua chegada ao HC naquele dia.

- **Hora de saída:** em cada prontuário selecionado para entrevista, foi colocado um adesivo de cor chamativa, de forma que ele fosse identificado ao passar pela pós-consulta, quando então era anotado o horário de sua saída do ambulatório de Pediatria, pelo funcionário encarregado da pós-consulta naquele dia.

O questionário aplicado aos usuários encontra-se reproduzido no ANEXO I deste trabalho.

3.2.2. ENTREVISTAS COM DOCENTES E MÉDICOS CONTRATADOS ATUANTES NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

Foram entrevistados pela autora deste trabalho dezessete dos dezoito profissionais médicos atuantes no ambulatório de Pediatria, tanto o geral como as especialidades, na época da realização deste trabalho, ou seja, entre maio e outubro de 1993.

A entrevista constava de treze questões abertas, nas quais se abordavam suas concepções sobre a rede básica de saúde e o Hospital de Clínicas da Unicamp enquanto serviços participantes do Sistema Único de Saúde, porém com papéis e graus de complexidade diversos. Questionava-se a respeito do seu conhecimento e adesão ao sistema de referência e contra-referência, além de suas idéias sobre um serviço que integra docência e assistência, como é o caso do ambulatório onde eles atuam. Foi feita uma análise qualitativa destas entrevistas, cujo resultado veremos mais adiante.

Antes, porém, foi realizado um pré-teste com três entrevistas aplicadas a outros docentes do departamento de Pediatria, não participantes do ambulatório, com a finalidade de se avaliar a pertinência das questões e se realizar os arranjos necessários.

A entrevista está reproduzida no ANEXO II deste trabalho.

3.2.3. DADOS DA ÁREA DE INFORMÁTICA DO HC-UNICAMP

Com a finalidade de complementar as informações obtidas através dos dois questionários aplicados, foram solicitados à área de informática do HC-UNICAMP dados estatísticos sobre a clientela participante desta pesquisa. Esta área, criada em maio de 1989, implantou o sistema em agosto de 1990, seguindo o Plano Diretor de Informática. Nela encontram-se dados sobre a assistência prestada dentro do HC-UNICAMP e o faturamento de internações (AIH) e ambulatorial (SIA).

Foram obtidos, deste modo, os seguintes dados referentes à clientela selecionada nesta pesquisa, no período entre maio de 1993 e abril de 1994:

- **Número de consultas na pediatria:** refere-se ao número de consultas realizadas pelos usuários no ambulatório de Pediatria, dentro do período de tempo levantado.
- **Número de consultas em outras especialidades:** refere-se ao número de consultas realizadas em outras especialidades, exceto as da Pediatria, dentro do período de tempo levantado.
- **Número de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais:** realizados pela clientela dentro do período de tempo levantado.
- **Número de procedimentos especializados:** incluem exames complementares e procedimentos que envolvem maior complexidade e tecnologia tais como: diálise peritoneal e hemodiálise, cateterismo cardíaco, broncoscopia, endoscopia, fisioterapia, diagnóstico em alergologia, eletromiografia, função pulmonar, hemoterapia, etc.
- **Número de exames de radiodiagnóstico:** incluem todos os exames radiológicos, simples e contrastados.
- **Número de exames de diagnóstico por imagem:** incluem ecografia, tomografia computadorizada, medicina nuclear, angiografia, aortografia, neurorradiologia, etc.
- **Município de procedência:** listou-se a distribuição da clientela por município de origem.
- **Macro-região e suds de procedência:** distribuíram-se os municípios por suds e macro-região a que pertencem.

3.3. CÁLCULO DA AMOSTRA

Os ambulatórios nos quais se optou pela realização desta pesquisa foram o de Pediatria Geral e o de Imuno/Pneumo. O primeiro, por se constituir num ambulatório de níveis

secundário e terciário que abrange uma vasta variabilidade de patologias e reflete indiretamente o grau de resolatividade da rede de saúde que para ele as encaminha, uma vez que, obrigatoriamente, todos os casos que chegam à pediatria do HC passam por ele; e, o segundo, por ser um ambulatório de grande movimento, o maior de todas as especialidades pediátricas e, portanto, representativo destas.

Para fins de cálculo de amostra, considerou-se o ambulatório de pediatria geral, manhã e tarde, como sendo dois ambulatórios diferentes, visto que havia uma diferença significativa no número de consultas entre eles.

Assim, a partir dos dados de produção mensal dos ambulatórios de Pediatria Geral (manhã e tarde) e de Imuno/Pneumo, no ano anterior ao início da pesquisa, isto é, 1992, foi calculado o tamanho da amostra, tendo como base a média mensal de produção de consultas médicas em cada um deles. Para tal, utilizou-se o calculador estatístico STATCALC do programa EPIINFO versão 5.01b, considerando-se, na aplicação de teste de proporções, a pior situação possível, isto é, $p=0,5$, ou seja, a máxima variabilidade. Admitiu-se uma imprecisão de 10% com probabilidade de 95% e também uma possível perda de casos de 5%, chegando-se aos seguintes tamanhos de amostras:

Pediatria clínica (manhã) -	80 casos
Pediatria clínica (tarde) -	75 casos
Imuno/Pneumo	- 66 casos

Cada uma destas amostras deveria ser coletada dentro do intervalo de um mês, para ser considerada significativa. Dividiu-se, desta maneira, cada amostra de forma que em cada dia fossem entrevistados dez a onze pacientes, o que foi realizado em respectivamente 8, 9(*)⁸ e 6 períodos de trabalho no ambulatório.

3.4. COLETA DE INFORMAÇÕES

Após a definição do questionário proposto para entrevistar os usuários, realizou-se um pré-teste com dez pacientes que haviam comparecido ao Ambulatório de Pediatria para

⁸ Esta coleta se estendeu por mais 2 períodos além dos previstos por motivo de doença da pesquisadora, já que foi a própria autora quem realizou todas as coletas de informações contidas neste trabalho.

consulta, visando estudar-se as respostas mais freqüentes e se fazer as reformulações necessárias, bem como o tempo gasto em média com cada questionário. Neste pré-teste, estudou-se também os horários de chegada dos pacientes, a forma pela qual os prontuários eram separados para o atendimento nos diversos ambulatórios que funcionavam no mesmo local, contactou-se com os funcionários responsáveis pela pós-consulta, explicando-lhes a respeito deste trabalho e solicitando sua cooperação para a anotação do horário em que o paciente deixava o ambulatório.

Para participar da amostra, o paciente deveria ter consultado no ambulatório de Pediatria ao menos uma vez, ou seja, precisaria ser um retorno, já que muitas das questões propostas na entrevista implicavam num conhecimento prévio do funcionamento do ambulatório.

As entrevistas ocorriam antes do início de cada período de atendimento, isto é, pela manhã, das 7 às 8:40 e à tarde, das 13 às 14:40 horas, aproximadamente.

A amostra foi coletada de forma sistemática e aleatória, entre maio e outubro de 1993, prevendo-se o comparecimento de cerca de vinte casos de retorno ao ambulatório em cada período. Os prontuários eram colocados por ordem de chegada e a amostra era selecionada, iniciando-se pelo primeiro, nos dias ímpares ou, pelo segundo, nos dias pares. A partir da definição do primeiro, selecionavam-se os dois que viessem imediatamente a seguir (casos número 2 e 3 ou 3 e 4), e dava-se um intervalo de dois, voltando-se a pegar os casos 6, 7 e 8 ou 7, 8 e 9 e assim repetidamente.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos desta maneira, a partir dos questionários aplicados à clientela usuária dos dois ambulatórios, foram dispostos em tabelas construídas pelo programa de análise do EPIINFO 5.01b e refeitas pelo editor de texto utilizado neste trabalho, o WORDPERFECT 5.1, permitindo uma melhor visualização das mesmas.

Foram comparadas as diversas variáveis estudadas em cada um dos ambulatórios (geral e especialidade) mediante o teste t para comparação de proporções, adotando-se o nível de significância de 5%. Os cálculos foram realizados pelo programa EPIINFO 6.0, através de seu calculador estatístico EPITABLE.

RESULTADOS

Os dados obtidos com a utilização dos dois instrumentos descritos anteriormente e na área de informática do HC, foram assim sistematizados neste trabalho:

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

4.2. CARACTERÍSTICAS DA REFERÊNCIA AO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HC-UNICAMP

4.3. INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

4.4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM DOCENTES E MÉDICOS CONTRATADOS ATUANTES NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

4.5. ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS DA ÁREA DE INFORMÁTICA DO HC-UNICAMP

Passaremos, a seguir, à discussão de cada um deles:

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A distribuição da clientela atendida no ambulatório de Pediatria por faixa etária mostra um predomínio de crianças menores de 6 anos de idade, que representam 52% da amostra estudada. Quando se analisa separadamente o ambulatório geral e a especialidade, nota-se que a distribuição do primeiro se assemelha à da amostra total, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,223$, $p=0,567$ e $p=0,160$ para cada respectiva faixa de idade). No entanto, na especialidade, passam a prevalecer as faixas etárias mais elevadas (65% são de crianças maiores de 6 anos e, apenas 1,5% de menores de 1 ano). A comparação estatística entre os dois ambulatórios mostra uma diferença significativa para as faixas de menores de um ano ($p=0,002$) e de maiores de seis anos ($p=0,0008$), sendo que, para a faixa entre dois e seis anos, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,169$). A tabela abaixo mostra a distribuição encontrada:

Tabela 1 - Distribuição da clientela por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	TOTAL		AMBULATORIO GERAL		AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Ano de 0 a 1	26	11,8	25	16,1	1	1,5
Anos de 2 a 6	89	40,3	67	43,2	22	33,3
Anos de 7 a 15	106	48,0	63	40,6	43	65,2
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Podemos explicar essa diferença pelo tipo de patologia atendida neste ambulatório de especialidade (Pneumo/Imuno) que incide em crianças de idade mais elevada ou que as crianças portadoras destes tipos de patologias só são encaminhadas para um serviço de atenção terciária, mais tardiamente, após esgotarem os recursos mais próximos.

A análise da distribuição por sexo, tanto da amostra total quanto do ambulatório geral e da especialidade, não evidencia nenhuma tendência, sendo tal fato confirmado pela análise estatística ($p=0,114$). A tabela abaixo mostra isto:

Tabela 2 - Distribuição da clientela quanto ao sexo

SEXO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	105	47,5	79	51,0	26	39,4
Masculino	116	52,5	76	49,0	40	60,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Quando se estuda a distribuição da clientela por vínculo previdenciário, nota-se que predominam os que o possuem (75,6%), não havendo diferença ao se analisar separadamente os dois ambulatórios estudados ($p=0,699$), como se mostra a seguir:

Tabela 3 - Distribuição da clientela quanto a vínculo previdenciário

VÍNCULO PREVIDENCIÁRIO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Não	54	24,4	39	25,2	15	22,7
Sim	167	75,6	116	74,8	51	77,3
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Da clientela que frequenta o ambulatório de Pediatria do HC da UNICAMP, 81% não possuem nenhum tipo de convênio médico. Todavia, ao separarmos a amostra, verificamos que esse número sobe para 85,2% na clientela do ambulatório geral e diminui para 71,2% no de especialidade, sendo esta diferença significativa estatisticamente ($p=0,015$), conforme se observa na seguinte tabela:

Tabela 4 - Distribuição da clientela quanto a convênios de saúde

CONVÊNIOS DE SAÚDE	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Não	179	81,0%	132	85,2%	47	71,2%
Sim	42	19,0%	23	14,8%	19	28,8%
Total	221	100,0%	155	100,0%	66	100,0%

Esta diferença nos mostra a inequidade do sistema, uma vez que o acesso ao ambulatório de especialidade se dá preferencialmente para uma clientela específica e diferenciada, que possui, inclusive, outra opção de assistência à saúde fora do setor público e pela qual já pagou.

Quando a variável estudada é o chefe da família, temos a seguinte distribuição:

Tabela 5 - Distribuição da clientela quanto ao chefe de família

CHEFE DE FAMÍLIA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Mãe	13	5,9	12	7,7	1	1,5
Outro	4	1,8	4	2,6	-	-
Pai	204	92,3	139	89,7	65	98,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Em todas as amostras, seja separadas ou no conjunto, predomina o pai como o chefe de família, notando-se, entretanto, uma diferença nas duas clientela, com um predomínio mais evidente do pai na clientela do ambulatório de especialidade, sendo esta diferença estatisticamente significante ($p=0,024$). A mãe e outros surgem apenas no ambulatório geral, o que mostra tratarem-se de famílias mais desestruturadas nas quais há uma situação de abandono por parte do pai quanto ao custeio financeiro dos filhos.

A distribuição da clientela por frações de classe social, de acordo com a classificação usada (BARROS, 1986), mostra um predomínio das classes "proletariado" (45,7%) e "subproletariado" (31,7%). Ao separarmos novamente a amostra, obtivemos o seguinte:

Tabela 6 - Distribuição da clientela quanto a frações de classe social

FRAÇÕES DE CLASSE SOCIAL	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Burguesia Empresarial	2	0,9	1	0,6	1	1,5
Pequena Burguesia	48	21,7	30	19,4	18	27,3
Subproletariado	70	31,7	59	38,1	11	16,7
Proletariado	101	45,7	65	41,9	36	54,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Ao subdividirmos a amostra, de acordo com o ambulatório freqüentado, verificamos haver uma diminuição significativa da classe subproletariada na clientela do ambulatório de especialidade ($p=0,0017$). Já nas classes proletariada e pequena burguesia, embora sejam mais freqüentes na especialidade, esta diferença não foi significativa ($p=0,085$ e $p=0,19$, respectivamente).

Quando se estuda a clientela quanto à sua posição na ocupação, notamos um predomínio de assalariados e autônomos tanto na clientela total, como separado por ambulatório freqüentado, como se vê, a seguir:

Tabela 7 - Distribuição da clientela quanto à posição na ocupação

POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Assalariado	126	57,0	85	54,8	41	62,1
Autônomo	47	21,3	31	20,0	16	24,2
Empregador	9	4,1	5	3,2	4	6,1
Fora Pea	39	17,6	34	21,9	5	7,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Verifica-se aqui, após separarmos as clientela dos ambulatórios geral e especialidade que, embora neste último aumentem as frequências de assalariados, autônomos e empregadores, esta diferença não é significativa estatisticamente ($p=0,310$, $p=0,480$ e $p=0,455$, respectivamente). Foi, todavia, significativa ($p=0,010$) a diminuição nos indivíduos fora da PEA que ocorre na especialidade quando comparada com o ambulatório geral.

Outro indicador sócio-econômico estudado foi a condição na ocupação, onde se pode notar o predomínio de pessoas trabalhando em todas amostras do estudo:

Tabela 8 - Distribuição da clientela quanto à condição na ocupação

CONDIÇÃO NA OCUPAÇÃO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Pensionista	1	0,5	1	0,6	-	-
Aposentado	14	6,3	12	7,7	2	3,0
Desempregado	24	10,9	21	13,5	3	4,5
Trabalhando	182	82,4	121	78,1	61	92,4
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Com a análise em separado dos respectivos ambulatórios, verifica-se que, no geral, há um aumento da proporção de aposentados, porém não significativo ($p=0,259$). Já as diferenças encontradas, tanto para desempregados quanto para indivíduos trabalhando, foram significantes ($p=0,048$ e $p=0,010$ respectivamente).

O conjunto destes três últimos indicadores nos revela que as diferenças entre as duas clientela frequentadoras dos ambulatórios geral e especialidade se concentram nas inserções sócio-econômicas marginais, ou seja, há mais subproletários, desempregados e indivíduos fora da PEA no ambulatório geral de Pediatria do que na especialidade. Esta situação retrata novamente a inequidade do sistema de saúde, visto que o acesso ao ambulatório de especialidade se dá preferencialmente para uma população de melhores condições sócio-econômicas, cujo poder reivindicatório é, sem dúvida, maior, permitindo-lhes um acesso privilegiado até o último nível de complexidade na assistência à saúde.

Ao estudarmos a ocupação materna, nota-se o predomínio da ocupação dentro do lar, conforme se observa, a seguir:

Tabela 9 - Distribuição da clientela quanto à ocupação materna

OCUPAÇÃO MATERNA	TOTAL		AMBULATORIO GERAL		AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Falecida	1	0,5	1	0,6	-	-
Fora	76	34,4	50	32,3	26	39,4
Lar	144	65,2	104	67,1	40	60,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

A diferença encontrada entre os dois ambulatórios não foi significativa ($p=0,354$) nesta variável estudada.

Quando se analisa quem cuida da criança rotineiramente, encontra-se a mãe como sendo a principal responsável, conforme se vê, a seguir:

Tabela 10 - Distribuição da clientela quanto aos cuidados com a criança

CUIDADOS COM A CRIANÇA	TOTAL		AMBULATORIO GERAL		AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Instituição	9	4,1	8	5,2	1	1,5
Outro	64	29,0	39	25,2	25	37,9
Mãe	148	67,0	108	69,7	40	60,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

A análise separada das clientelas dos dois ambulatórios não revela diferença estatisticamente significativa quanto a quem é o responsável direto pelos cuidados com a criança, com p variando entre 0,307 (instituição), 0,189 (mãe) e 0,056 (outro). Chama a atenção a baixa proporção de crianças institucionalizadas.

Os cuidados realizados por outros incluem as avós, outros parentes (tias, pais, irmãos), vizinhas, empregada ou mesmo sozinho. As instituições são as creches municipais.

Esta caracterização nos pareceu importante, uma vez que os cuidados à saúde em termos de orientações dietéticas, profiláticas, medicamentosas, etc são delegados, muitas vezes, a outras pessoas diferentes das que mantêm contato direto com a equipe médica que segue a criança.

A análise da renda familiar nos mostra a seguinte distribuição:

Tabela 11 - Distribuição da clientela quanto à renda familiar

RENDA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
000-100 US\$	38	17,2	30	19,4	8	12,1
101-200 US\$	59	26,7	44	28,4	15	22,7
201-500 US\$	85	38,5	56	36,1	29	43,9
501 e + US\$	21	9,5	12	7,7	9	13,6
Desconhecida	18	8,1	13	8,4	5	7,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística mostra os seguintes valores de p para cada faixa de renda:

000-100 US\$ - p= 0,192
101-200 US\$ - p= 0,384
201-500 US\$ - p= 0,274
501 e + US\$ - p= 0,171
Desconhecida - p= 0,840

A distribuição da clientela nos mostra um baixo nível de rendimento, com 43,9% recebendo até 200 US\$ mensais. As diferenças encontradas para os dois ambulatórios não foram significativas em nenhuma faixa de renda.

Ao avaliarmos a renda per capita, a situação descrita acima se mantém, conforme se observa, a seguir:

Tabela 12 - Distribuição da clientela quanto à renda per capita

RENDA PER CAPITA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
000-035 US\$	77	34,8	59	38,1	18	27,3
036-070 US\$	73	33,0	51	32,9	22	33,3
071-140 US\$	37	16,7	23	14,8	14	21,2
141 e + US\$	16	7,2	9	5,8	7	10,6
Desconhecida	18	8,1	13	8,4	5	7,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

000-035 US\$ - $p= 0,123$

036-070 US\$ - $p= 0,950$

071-140 US\$ - $p= 0,245$

141 e + US\$ - $p= 0,278$

Desconhecida - $p= 0,840$

A análise da escolaridade do pai mostra que 67,8% não completaram o primeiro grau; as diferenças encontradas quando se comparam os dois ambulatórios não foram significativas, como se vê, a seguir:

Tabela 13 - Distribuição da clientela quanto ao grau de escolaridade do pai

GRAU DE ESCOLARIDADE DO PAI	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Desconhecido	12	5,4	11	7,1	1	1,5
Analfabeto	14	6,3	9	5,8	5	7,6
Lê e escreve	136	61,5	98	63,2	38	57,6
Primeiro grau	32	14,5	19	12,3	13	19,7
Segundo grau	22	10,0	16	10,3	6	9,1
Superior	5	2,3	2	1,3	3	4,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística mostra os seguintes valores de p, quando se comparam os dois ambulatórios, (geral e especialidade):

Desconhecido - $p=0,141$

Analfabeto - $p=0,742$

Lê e escreve - $p=0,429$

Primeiro grau - $p=0,150$

Segundo grau - $p=0,779$

Superior - $p=0,312$

A análise do grau de escolaridade da mãe evidencia a mesma distribuição anterior com 67,4% que não completaram o primeiro grau. Novamente aqui as diferenças encontradas quando se comparam os dois ambulatórios não foram significativas estatisticamente:

Tabela 14 - Distribuição da clientela quanto ao grau de escolaridade da mãe

GRAU DE ESCOLARIDADE DA MÃE	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Analfabeto	11	5,0	9	5,8	2	3,0
Lê e escreve	138	62,4	92	59,4	46	69,7
Primeiro grau	47	21,3	38	24,5	9	13,6
Segundo grau	20	9,0	12	7,7	8	12,1
Superior	5	2,3	4	2,6	1	1,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

- Analfabeto - $p= 0,507$
- Lê e escreve - $p= 0,146$
- Primeiro grau - $p= 0,070$
- Segundo grau - $p= 0,299$
- Superior - $p= 0,941$

Chama muito a atenção a baixa escolaridade de ambos (67% de pais e mães que não completaram o primeiro grau).

De maneira geral, podemos concluir que a clientela que frequenta o ambulatório de Pediatria (geral e especialidade) é constituída predominantemente de crianças menores de 6 anos de idade, com predomínio de menores de um ano no ambulatório geral e de maiores de seis anos no de especialidade, sem diferenças quanto ao sexo, a maioria com vínculo previdenciário e sem convênio de saúde, com indicadores sócio-econômicos demonstrando uma maior concentração de assalariados (proletários e subproletários), com baixo nível de

renda e de instrução. A maioria das mães trabalha dentro do próprio lar, o que lhes permite cuidar diretamente da criança. Há uma porcentagem baixa de crianças institucionalizadas.

Já entre os usuários do ambulatório de especialidade, encontramos diferenças nos indicadores estudados que nos revelam tratar-se de uma clientela de melhores condições sócio-econômicas, sendo estatisticamente significativas a maior proporção de pessoas conveniadas a outros serviços de saúde, a presença do pai como o responsável pelo custeio da família e, quanto à inserção social propriamente dita, a menor porcentagem de indivíduos subproletários, fora da PEA e desempregados, ou seja, há menos pessoas com inserção sócio-econômica marginal. Esta diferenciação das duas clientelas nos permite demonstrar o acesso privilegiado ao ambulatório de especialidade, que representa a última instância de complexidade dentro do sistema de saúde, configurando uma clara situação de inequidade.

A baixa escolaridade dos pais é muito expressiva e nos coloca frente a uma realidade que o profissional de saúde precisa conhecer e aprender a superar, uma vez que lida com crianças portadoras de patologias complexas ou crônicas, de gravidade variável, e cujo sucesso no tratamento vai depender, em grande parte, do envolvimento dos pais e de sua compreensão do problema. Para isso, é necessária uma boa comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, e a baixa escolaridade se constitui em uma barreira a mais a ser suplantada, paralelamente a outras de ordem social (baixo poder aquisitivo para adquirir medicamentos de uso prolongado, dificuldade para se locomover com regularidade ao HC, etc) e outras referentes à própria desorganização do sistema de saúde (inadequação de encaminhamentos, inequidade do sistema, etc).

4.2. CARACTERÍSTICAS DA REFERÊNCIA AO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HC-UNICAMP

Uma vez conhecidas as características da clientela que freqüentam o ambulatório de Pediatria do HC-UNICAMP, passaremos, agora, a analisar algumas variáveis que nos permitam visualizar de que forma funciona a regionalização e a hierarquização do sistema de saúde.

A primeira variável estudada foi a região de procedência da clientela, que ficou assim dividida:

Tabela 15 - Distribuição da clientela quanto à região de procedência

REGIÃO DE PROCEDÊNCIA	TOTAL		AMBULATORIO GERAL		AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Macro-Região 2	1	0,5	1	0,6	-	-
Macro-Região 3	1	0,5	-	-	1	1,5
Macro-Região 4	132	59,7	89	57,4	43	65,2
Macro-Região 5	15	6,8	13	8,4	2	3,0
Campinas	58	26,2	43	27,7	15	22,7
Outros Estados	14	6,3	9	5,8	5	7,6
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, quando se comparam os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Macro-região 4 - $p= 0,283$

Macro-região 5 - $p= 0,205$

Campinas - $p= 0,438$

Outros Estados - $p= 0,742$

Há um predomínio importante da macro-região 4 sobre as demais. Trata-se da região que compreende o SUDS-27, no qual está localizado o município de Campinas, o que entretanto, foi excluído e considerado à parte. Se somados, esta região totaliza 85,9% dos atendimentos realizados pelos ambulatórios de Pediatria. Esta situação se repete quando se consideram os ambulatórios separadamente. As demais regiões representam uma parcela bem menos expressiva, bem como os outros estados, não havendo diferença significativa entre os dois ambulatórios quanto à região de procedência de seus pacientes.

Pode-se concluir, portanto, que o atendimento do ambulatório de Pediatria do HC-UNICAMP respeita o princípio da regionalização do sistema de saúde.

Quando se analisa o meio de locomoção usado no transporte até o HC, verifica-se a seguinte distribuição:

Tabela 16 - Distribuição da clientela quanto ao meio de locomoção

MEIO DE LOCOMOÇÃO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Alugado	1	0,5	1	0,6	-	-
Outro	2	0,9	2	1,3	-	-
Ônibus intermunic	38	17,2	26	16,8	12	18,2
Ônibus urbano	44	19,9	33	21,3	11	16,7
Próprio	48	21,7	34	21,9	14	21,2
Transp/prefeitura	88	39,8	59	38,1	29	43,9
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Ônibus intermunicipal - p= 0,799

Ônibus urbano - p= 0,430

Próprio - p= 0,904

Transp/prefeitura - p= 0,414

Nota-se que há uma relação entre o meio de locomoção e a região de procedência, havendo uma dependência do usuário em relação ao transporte fornecido pelas prefeituras (39,8%). Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois ambulatórios estudados.

Ao analisarmos se houve ou não encaminhamento ao HC, estamos também estudando de que forma ocorre o acesso do usuário a este serviço. A distribuição abaixo nos mostra isso:

Tabela 17 - Distribuição da clientela quanto ao encaminhamento

ENCAMINHAMENTO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Não	19	8,6	17	11,0	2	3,0
Sim	202	91,4	138	89,0	64	97,0
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios estudados, mostra um valor de $p=0,054$.

A grande maioria dos usuários do ambulatório de Pediatria chega até ele através de encaminhamento de outros serviços de saúde (91,4%). Embora no ambulatório geral ocorra uma maior proporção de casos que chegam sem um encaminhamento formal ao HC (11%) em comparação com a especialidade (3%), esta diferença não é significativa ($p=0,054$). Como a diferença estatística encontrada foi próxima do limite de significância, pode-se dizer que esta tendência do ambulatório geral em receber mais pacientes sem encaminhamento formal, contrariando inclusive normas do próprio HC, provavelmente ocorre por se tratar de um ambulatório onde seja obrigatória a passagem de qualquer paciente antes de ter acesso às especialidades pediátricas. Deste modo, estes pacientes que chegam através de amizade com funcionários do HC ou outras maneiras não-institucionais conseguem o acesso independente da complexidade da patologia.

O estudo do serviço de saúde que encaminhou o paciente bem como dos serviços pelos quais ele passou antes de chegar até o HC nos permite visualizar, sob uma ótica interessante, o funcionamento do sistema de saúde.

A distribuição por serviço que encaminhou é a seguinte:

Tabela 18 - Distribuição da clientela quanto ao serviço que encaminhou

SERVIÇO QUE ENCAMINHOU	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
S/ Encaminham	19	8,6	17	11,0	2	3,0
Ambulat/CS	101	45,7	70	45,2	31	47,0
UNICAMP	31	14,0	25	16,1	6	9,1
Hospital Publ	29	13,1	21	13,5	8	12,1
Convênio	20	9,0	10	6,5	10	15,2
Particular	12	5,4	5	3,2	7	10,6
Outro Munic	8	3,6	6	3,9	2	3,0
Outro	1	0,5	1	0,6	-	-
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

S/ encaminham - p= 0,054
 Ambulat/CS - p= 0,804
 UNICAMP - p= 0,167
 Hospital Publ - p= 0,773
 Convênio - p= 0,039
 Particular - p= 0,044
 Outro Munic - p= 0,850

Obs: Abreviaturas utilizadas nestas tabelas:

- S/ Encaminham = sem encaminhamento
- Ambulat/CS = ambulatório ou centro de saúde público
- Convênio = convênio médico
- Hospital Publ = hospital público ou conveniado ao SUS
- Outro Munic = serviço de outro município
- Particular = hospital ou médico particular
- UNICAMP = UNICAMP (PS, CAISM, Especilidades)

A clientela que frequenta o ambulatório de Pediatria vem encaminhada, em sua maioria, por centros de saúde ou outros ambulatórios públicos (Inamps, Centro de Reabilitação, Sesi, Ipass, Iamspe, sindicato rural). Em segundo lugar, vem a demanda gerada pela própria UNICAMP e, em terceiro, a proveniente de hospitais públicos. Assim, de toda a clientela que chega à Pediatria, 72,8% são provenientes do setor público (Amb/Cs, Hospubl e UNICAMP), não havendo diferença estatística entre os dois ambulatórios estudados (74,8% e 68,2% respectivamente) e $p=0,308$. Porém, a procedência do setor privado varia consideravelmente (de 9,7% no ambulatório geral para 25,8% no de especialidade), com $p= 0,001$, mostrando mais uma vez que o acesso à especialidade se dá para uma clientela específica, que tem, em boa parte, acesso também ao setor privado, que passa a não arcar com este tipo de atendimento especializado, repassando-o ao setor público.

Há situações bastante incomuns, como é o caso, por exemplo, dos 42 pacientes conveniados que chegam encaminhados pelos seguintes serviços:

Convênio	20
Ambulatórios/CS	13
UNICAMP	3
Sem encaminhamento	3
Outro Município	2
Hospital público	1

Da demanda gerada pela própria UNICAMP (31), o principal contingente vem via Pronto Socorro (21), seguido do CAISM (7), de amigos dentro do HC (2) e, depois, de outras

especialidades (1). Uma parcela de 3% dos encaminhados veio através de um serviço que não é de seu município de origem, mostrando uma passagem por diversas cidades na tentativa de solucionar o problema de saúde da criança.

O encaminhamento feito por outro serviço se refere à escola.

A análise destes encaminhamentos nos revela diversas maneiras pelas quais os usuários chegam aos ambulatórios de Pediatria, utilizando-se de uma mescla de serviços públicos e privados, simultaneamente, de amizade e acessos privilegiados não-institucionais, que fazem as pessoas, de alguma forma, chegarem ao lugar desejado.

O prazo para o agendamento da primeira consulta foi uniforme nos dois ambulatórios estudados, onde cerca de 22% são agendados dentro do prazo de 7 dias e com a mediana em 30 dias. Chama a atenção o fato de que 10,4% dos pacientes conseguem a consulta no mesmo dia em que buscam o ambulatório (este dado não consta da tabela). A seguir, mostra-se esta distribuição:

Tabela 19 - Distribuição da clientela quanto ao prazo de agendamento

PRAZO DE AGENDAMENTO	TOTAL		AMBULATORIO GERAL		AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
00-07 dias	50	22,6	35	22,6	15	22,7
08-30 dias	125	56,6	94	60,6	31	47,0
31 Ou + dias	28	12,7	19	12,3	9	13,6
Desconhecido	18	8,1	7	4,5	11	16,7
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

00-07 dias - p= 0,980
 08-30 dias - p= 0,060
 31 ou + dias - p= 0,778
 Desconhecido - p= 0,002

A única diferença estatística encontrada nesta variável foi quanto ao desconhecimento do paciente sobre o prazo de seu agendamento, que é maior entre os usuários da especialidade. Talvez isto ocorra pelo fato de o paciente estar em seguimento já há um longo período de tempo e não se recordar das datas de agendamento no início.

Outra variável estudada foi se o paciente, antes de chegar à UNICAMP, havia freqüentado outro serviço de saúde, com o propósito de investigar a patologia pela qual foi encaminhado ou se apenas recebeu o encaminhamento. As respostas obtidas estão abaixo:

Tabela 20 - Distribuição da clientela quanto a freqüência a outro serviço de saúde

FREQUÊNCIA A OUTRO SERVIÇO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Não	90	40,7	74	47,7	16	24,2
Sim	131	59,3	81	52,3	50	75,8
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra um valor de $p=0,001$.

Chama a atenção o fato de que 40,7% dos pacientes que chegam ao ambulatório de Pediatria não são sequer investigados antes, apenas recebem o encaminhamento. Não é, porém, intuito deste estudo discutir se esta porcentagem é elevada ou se, de fato, todos estes pacientes deveriam ter sido encaminhados sem uma investigação prévia em seu local de origem. Uma diferença significativa ($p=0,001$) ocorre entre os dois ambulatórios, sendo que, no geral, esta porcentagem se eleva para 47,7% e no de especialidade cai para 24,2%, mostrando serem os pacientes que freqüentam o ambulatório de especialidade mais investigados antes de chegar ao HC. Conforme já se observou anteriormente, esta última clientela é justamente a que tem mais acesso a outros serviços de saúde, o que lhes permite alguma investigação antes de vir encaminhado.

O estudo dos serviços por onde o paciente esteve antes de vir para o HC mostra que 131 passaram por pelo menos um serviço para serem investigados, 46 passaram por pelo menos dois serviços e 14, por pelo menos três. Acima de três serviços, não foram feitos estudos. A tabela abaixo mostra a distribuição destes serviços:

Tabela 21 - Distribuição da clientela quanto ao primeiro serviço onde foi seguido

PRIMEIRO SERVIÇO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Ambulat/CS	54	41,2	33	40,7	21	42,0
Convênio	25	19,1	14	17,3	11	22,0
Hospital Publ	18	13,7	13	16,0	5	10,0
Outro Munic	18	13,7	12	14,8	6	12,0
Particular	16	12,2	9	11,1	7	14,0
Total	131	100,0	81	100,0	50	100,0

Nota 1: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Ambulat/CS - p= 0,886
 Convênio - p= 0,504
 Hospital Públ - p= 0,328
 Outro Munic - p= 0,649
 Particular - p= 0,623

Nota 2: Aqui e nas próximas tabelas, foram utilizadas as abreviaturas citadas acima (serviço que encaminhou).

A análise da clientela total mostra um predomínio do setor público (Amb/CS e Hospital Públ), responsável por 54,9% das primeiras investigações realizadas contra 31,3% do setor privado (Convênio e Particular), diferença esta com significância estatística (p= 0,0001). Ao separarmos os dois ambulatórios, notamos que entre os usuários do geral, 56,7% passaram primeiramente pelos serviços públicos e 28,4% pelos privados para dar início à sua investigação, havendo, portanto, uma diferenciação estatisticamente significativa (p= 0,0002) na clientela que frequenta o ambulatório geral quando se compara o início de sua investigação. Já

no ambulatório de especialidade, 52% iniciaram sua investigação nos serviços públicos e 36% nos privados, diferença não significativa estatisticamente ($p= 0,107$). Trata-se, portanto, de uma clientela indistinta quanto à procedência no início de sua investigação. As diferenças resultantes da comparação das duas amostras não foram significativas, conforme se observa na análise estatística logo abaixo de tabela, permitindo afirmar que não há diferença quanto à procedência (se pública ou privada) ao se compararem as clientelas dos dois ambulatórios.

Em 13,7% dos casos, as primeiras investigações ocorreram em município diferente ao da residência do paciente.

Dos pacientes que passaram por um segundo serviço para investigação, temos a seguinte distribuição:

Tabela 22 - Distribuição da clientela quanto do segundo serviço onde foi seguido

SEGUNDO SERVIÇO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Ambulat/Cs	13	28,3	8	38,1	5	20,0
Convênio	5	10,9	1	4,8	4	16,0
Hospital Públ	10	21,7	5	23,8	5	20,0
Outro Munic	9	19,6	4	19,0	5	20,0
Particular	8	17,4	2	9,5	6	24,0
UNICAMP	1	2,2	1	4,8	-	-
Total	46	100,0	21	100,0	25	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

- Ambulat/Cs - $p= 0,174$
- Convênio - $p= 0,418$
- Hospital Públ - $p= 0,811$
- Outro Munic - $p= 0,791$
- Particular - $p= 0,327$

Dos 221 pacientes deste estudo, 46 passaram por pelo menos dois serviços de saúde para serem investigados antes de chegarem ao HC-UNICAMP, ou seja, 20,8%. Novamente aqui predominam as investigações realizadas pelo setor público (52,2%), correspondentes à somatória dos pacientes provenientes de ambulatórios/centros de saúde, de hospitais públicos e da própria UNICAMP, seguidas pelo setor privado (28,3%), correspondente à somatória dos provenientes de convênios e particulares. O percentual representado por outros municípios (19,6%) não aumentou significativamente ($p= 0,344$) em relação ao primeiro serviço de investigação (13,7%), e o representado pela UNICAMP foi pequeno (2,2%). Quando se analisa separadamente cada ambulatório, verifica-se o peso significativamente maior ($p= 0,001$) representado pelo setor público (Ambulat/CS, Hospital Publ e UNICAMP), 66,7%, no ambulatório geral em relação ao privado (convênios e particulares), com 14,3%. Este fato não ocorre na especialidade, que divide a investigação igualmente entre ambos (40% de cada). A procedência de outros municípios, como um segundo serviço de investigação, não muda nos dois ambulatórios, mas a UNICAMP não aparece no ambulatório de especialidade. A comparação dos dois ambulatórios não revela tratar-se de duas clientela distintas, conforme se vê na análise estatística abaixo da tabela.

Um contingente de 6,3% dos pacientes passou por pelo menos três serviços de saúde antes de chegar ao HC-UNICAMP, como demonstra a seguinte tabela:

Tabela 23 - Distribuição da clientela quanto ao terceiro serviço onde foi seguido

TERCEIRO SERVIÇO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Ambulat/CS	2	14,3	-	-	2	22,2
Convênio	2	14,3	-	-	2	22,2
Hospital Públ	2	14,3	2	40,0	-	-
Outro Munic	5	35,7	2	40,0	3	33,3
Particular	2	14,3	1	20,0	1	11,1
UNICAMP	1	7,1	-	-	1	11,1
Total	14	100,0	5	100,0	9	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Outro Munic - $p= 0,746$

Particular - $p= ?$

Os pacientes que passaram por três serviços de saúde antes de chegarem ao HC, 14, ou seja, 6,33% da amostra total deste estudo, distribuem-se igualmente quanto à procedência entre setores público (Ambulat/CS, Hospital Púb e UNICAMP) e privado (convênios e particulares), já que a diferença encontrada entre eles não foi estatisticamente significativa ($p= 0,818$). Separados os ambulatórios, novamente não ocorrem diferenças estatísticas expressivas tanto no ambulatório geral ($p= 1,00$) como no de especialidade ($p= 0,683$), quanto à predominância de pacientes oriundos de serviços públicos ou privados. A comparação de ambos os ambulatórios também não revela diferenças significativas se analisarmos as procedências dos pacientes, conforme se vê abaixo da tabela. Aqueles que foram investigados em outro município diferente do de sua residência, ao chegarem ao terceiro serviço (35,7%), embora representem quase três vezes mais do que os seguidos em um serviço apenas (13,7%), e quase o dobro dos seguidos em dois serviços (19,6%), não diferiram estatisticamente ($p= 0,063$ e $p= 0,291$ respectivamente), permitindo dizer que a busca do paciente por um maior número de serviços de saúde antes de chegar a este HC não faz com que ele saia mais de seu município de origem.

Há várias situações de miscelânea em que o paciente frequenta convênios, hospitais de vários municípios e centros de saúde, e onde ocorrem as mais diversas situações, como o paciente frequentar o mesmo hospital, ora como convênio, ora como SUS.

Ao ser questionada sobre busca de outros serviços em situações de urgência, a clientela respondeu da seguinte forma:

Tabela 24 - Distribuição da clientela quanto à procura por serviços de urgência

PROCURA SERVIÇOS DE URGÊNCIA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Não	5	2,3	5	3,2	-	-
Sim	216	97,7	150	96,8	66	100,0
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Vê-se que a quase totalidade da clientela do ambulatório de Pediatria busca outros serviços de saúde em situações de urgência. Tal busca se torna unânime na especialidade, embora não haja diferença estatisticamente significativa com o ambulatório geral ($p=0,319$).

A análise dos serviços que são referências para situações de urgência mostra o seguinte:

Tabela 25 - Distribuição da clientela quanto aos serviços procurados em urgências

SERVIÇOS DE URGÊNCIA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Hospital Públ	53	24,5	34	22,7	19	28,8
Dois ou mais	52	24,1	28	18,7	24	36,4
Ambulat/CS	46	21,3	43	28,7	3	4,5
UNICAMP	31	14,4	21	14,0	10	15,2
Convênio	18	8,3	11	7,3	7	10,6
Particular	8	3,7	6	4,0	2	3,0
Outro Munic	7	3,2	6	4,0	1	1,5
Outro	1	0,5	1	0,7	-	-
Total	216	100,0	150	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

- Hospital Públ - p= 0,335
- Dois ou mais - p= 0,005
- Ambulat/CS - p= 0,00006
- UNICAMP - p= 0,824
- Convênio - p= 0,422
- Particular - p= 0,838
- Outro Munic - p= 0,581

Nota-se, nas situações de urgência, uma maior busca de hospitais públicos, seguidos de mais de um serviço e de ambulatórios e centros de saúde.

Quando a análise é feita separando-se os dois ambulatórios, eles passam a se comportar de maneiras diversas, com o predomínio de procura por centros de saúde ou

ambulatórios públicos na clientela do ambulatório geral (28,7%) e por diversos serviços (36,4%) na clientela da especialidade. Entretanto, a comparação estatística nos mostra diferença significativa apenas nos dois tipos de serviços de saúde citados acima (Ambulat/CS e Dois ou mais), como se demonstra na análise estatística acima. Quanto aos demais serviços relacionados na tabela, não há diferença estatisticamente significativa entre as diversas frequências para os dois ambulatórios, geral e especialidade.

Em suma, quando se analisa a referência ao ambulatório de Pediatria constata-se que a regionalização é seguida, uma vez que 85,9% da clientela provêm da macro-região 4, dentro da qual se situa o HC-UNICAMP, não havendo diferença entre os dois ambulatórios estudados. Apenas 6,3% dos pacientes provêm de outros estados. Boa parte da clientela, (quase 40%), tem dificuldade para se locomover, dependendo de transporte fornecido pelas prefeituras e sua vinda ao HC se dá através de encaminhamentos realizados principalmente pelo setor público, havendo, porém, diferença quanto à procedência do setor privado quando se comparam os dois ambulatórios, com uma proporção relativamente maior de pacientes provindos deste setor entre os usuários do ambulatório de especialidade.

O prazo de agendamento não foi longo, com a mediana em 30 dias, demonstrando não ser este um fator que limita o acesso ao HC.

Quanto à investigação realizada pela rede de saúde antes de sua chegada ao HC, verifica-se que, para boa parte da clientela (40%), não é sequer realizado qualquer tipo de investigação, sendo encaminhada prontamente. Não é objeto de análise deste trabalho estudar se, de fato, todas estas patologias que são encaminhadas de imediato deveriam sê-lo desta maneira ou não, embora, à primeira vista, nos pareça um percentual bastante elevado. Os usuários do ambulatório de especialidade são mais investigados antes de chegarem ao HC do que os do ambulatório geral.

Com relação aos serviços de saúde freqüentados, há um predomínio do setor público que se mantém à medida que os pacientes vão passando por diversos serviços. Contudo, no ambulatório geral, o predomínio de pacientes que freqüentam os serviços públicos em comparação com os privados é estatisticamente significativo, o que já não ocorre entre os usuários da especialidade. Na procura por serviços de urgência, novamente prevalecem os serviços públicos, sendo que a clientela do ambulatório geral busca mais os ambulatórios e

centros de saúde públicos enquanto a da especialidade mescla mais os serviços, predominando a busca por dois ou mais deles.

De todas as comparações realizadas entre as clientela dos ambulatórios geral e de especialidade, na tentativa de se evidenciar diferenças entre elas, apenas podemos constatar uma menor dependência do serviço público entre os usuários da especialidade e uma maior frequência a diversos serviços de saúde, ou porque tenha uma facilidade de acesso a eles ou por uma demanda da própria patologia mais complexa ou crônica que a criança apresenta.

Nota-se que, conforme os pacientes procuram atendimento em vários serviços de saúde, eles fazem as mais diversas miscelâneas entre serviços públicos e privados, na tentativa de solucionar seu problema de saúde.

4.3. INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

Selecionamos aqui algumas variáveis que refletem a qualidade da atenção no ambulatório de pediatria geral e no de especialidade, que serão discutidas, a seguir.

O grau de conhecimento que o paciente tem sobre sua patologia está diretamente relacionado com a qualidade da atenção recebida, uma vez que demonstra uma preocupação do profissional, que o acompanha, em informar-lhe sobre seu problema de saúde, conscientizando-o e tornando-o atuante nos diversos momentos de seu tratamento.

Quando se lhes perguntou sobre o conhecimento a respeito do problema de saúde da criança, foram obtidas as seguintes respostas:

- Sim, indicando que o paciente possuía algum conhecimento sobre a investigação, seguimento ou patologia da criança, permitindo-lhe se situar diante do problema. Não era necessário dizer o nome da patologia.

- Não, indicando total desconhecimento a respeito do problema de saúde.

Tabela 26 - Distribuição da clientela quanto ao conhecimento sobre problema de saúde

CONHECIMENTO SOBRE PROBLEMA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Não	13	5,9	12	7,7	1	1,5
Sim	208	94,1	143	92,3	65	98,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra $p=0,109$.

Os resultados revelam uma porcentagem bastante satisfatória de pacientes com algum grau de conhecimento sobre sua condição de saúde. Esta situação tende a ser melhor no ambulatório de especialidade (embora sem significância estatística), onde apenas 1,5% deles não possuem nenhuma informação. As respostas negativas podem também indicar que o acompanhante daquele dia não soube informar sobre a doença, por não ser o responsável direto pelos cuidados com a criança.

O diagnóstico referido foi também estudado; entretanto, a seguinte tabela apenas discrimina os diagnósticos obtidos na amostra do ambulatório geral:

Tabela 27 - Distribuição da clientela do Ambulatório Geral quanto aos diagnósticos referidos

DIAGNÓSTICO REFERIDO	N	%
Aparelho Respiratório	45	29,0
Multissistêmico	24	15,5
Endocrino/Metabólico/Nutricional	17	11,0
Problemas Gerais/Inespecíficos	13	8,4
Sistema Nervoso/Sentidos	13	8,4
Aparelho Genitourinário	11	7,1
Aparelho Digestivo	7	4,5
Investigando	5	3,2
Aparelho Cardiocirculatório	5	3,2
Sangue/Sistema Linfático	4	2,6
Pele/Anexos	4	2,6
Sistema Osteomuscular/Conjuntivo	4	2,6
Doenças Infecciosas/Parasitárias	2	1,3
Anomalias Congênitas/Genéticas	1	0,6
Total	155	100,0

Pode-se notar um franco predomínio de patologias do aparelho respiratório, seguido de problemas envolvendo vários sistemas orgânicos e, em terceiro lugar, de patologias endócrinas, metabólicas ou nutricionais.

Foram incluídas, na categoria de problemas gerais e inespecíficos, situações como febre sem etiologia definida, atraso na idade óssea, infecção no sangue, cefaléia e outras nas quais se podem implicar várias etiologias.

A categoria multissistêmico refere-se a problemas referidos em dois ou mais sistemas orgânicos.

O estudo da evolução clínica do paciente, a partir de seu acompanhamento no HC, sob a sua ótica, nos revela as seguintes respostas:

Tabela 28 - Distribuição da clientela quanto à evolução clínica

EVOLUÇÃO CLÍNICA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Piorou	5	2,3	3	1,9	2	3,0
Não melhorou	59	26,7	49	31,6	10	15,2
Melhorou	157	71,0	103	66,5	54	81,8
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Piorou - p= 0,939

Não melhorou - p= 0,011

Melhorou - p= 0,021

Uma porcentagem bastante alta de pacientes (71%) refere melhora clínica desde que iniciou seu seguimento no HC. Ao compararmos os dois ambulatórios, verificamos diferença estatisticamente significativa para os pacientes da especialidade que referiram melhora clínica (81,8%) e para os do ambulatório geral que não tiveram melhora clínica (31,6%).

Indagou-se também, na perspectiva do usuário, sobre qual(is) fator(es) se relacionava(m) com a evolução clínica referida acima, como se vê a seguir:

Tabela 29 - Distribuição da clientela quanto ao fator relacionado à evolução referida

FATOR RELACIONADO À EVOLUÇÃO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Remédios	53	24,0	28	18,1	25	37,9
Rem/Orient med	42	19,0	24	15,5	18	27,3
Investigando	38	17,2	32	20,6	6	9,1
Orient med	23	10,4	19	12,3	4	6,1
Espontânea	23	10,4	18	11,6	5	7,6
Desconhece	11	5,0	11	7,1	-	-
Má condução	11	5,0	6	3,9	5	7,6
Não procede	8	3,6	8	5,2	-	-
Outro	7	3,2	6	3,9	1	1,5
Cirurgia	3	1,4	2	1,3	1	1,5
Psicoterapia	2	0,9	1	0,6	1	1,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota 1: A codificação dos resultados acima se encontra discutida anteriormente na metodologia.

Nota 2: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Remédios	- p= 0,001
Rem/Orient med	- p= 0,040
Investigando	- p= 0,037
Orient Med	- p= 0,167
Espontânea	- p= 0,368
Desconhece	- p= 0,045
Má condução	- p= 0,343
Outro	- p= 0,607
Cirurgia	- p= ?
Psicoterapia	- p= ?

Pode-se perceber que a maioria dos pacientes relaciona sua evolução clínica para melhor ou não ao uso de remédios (24%) e, a seguir, ao uso de remédios mais orientações médicas (19%). Esta situação se evidencia mais ainda no ambulatório de especialidade no qual estes dois itens aparecem em 65,2% das respostas.

No ambulatório geral, ocorre o inverso, isto é, os remédios e remédios mais orientações médicas passam a ser respostas menos freqüentes (sendo a diferença significativa estatisticamente quando comparada ao ambulatório geral). Embora as respostas, espontânea, orientações médicas exclusivas, investigando e desconhecida aumentem, somente as duas últimas são significativamente diferentes quando comparadas ao ambulatório geral.

Estas respostas nos mostram a crença do paciente em relação à sua cura. Em mais da metade dos casos, atribuiu-se a melhora ou não, apenas aos itens remédios e orientações médicas, demonstrando a expectativa do paciente centrada nestes dois itens.

De fato, o ambulatório de Pediatria de um hospital terciário, ao lidar com patologias teoricamente de maior complexidade ou gravidade deveria realmente se utilizar tanto de medicamentos quanto de orientações médicas no tratamento das mesmas.

Uma resposta que nos causa certa estranheza é o aumento da resposta "má condução do caso" no ambulatório de especialidade (7,6%) quando comparada ao ambulatório geral (3,9%), embora sem significância estatística ($p= 0,343$). Isto provavelmente se deve ao maior nível de exigência da clientela deste ambulatório, ou à expectativa de receber um cuidado específico (ex. imunoterapia para pacientes portadores de asma brônquica).

Outro indicador de qualidade do serviço é o estabelecimento de vínculo entre o paciente e seu médico, que o acompanha. Ao se perguntar sobre quem era o médico responsável pelo seu acompanhamento, foram obtidas as seguintes respostas:

Tabela 30 - Distribuição da clientela quanto ao médico responsável pelo caso

MÉDICO RESPONSÁVEL	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Um	19	8,6	14	9,0	5	7,6
Desconhece	32	14,5	26	16,8	6	9,1
Vários/Cita 1	38	17,2	20	12,9	18	27,3
Vários/Cita 2+	38	17,2	20	12,9	18	27,3
Vários	94	42,5	75	48,4	19	28,8
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Desconhece	- p= 0,137
Um	- p= 0,723
Vários/Cita 1	- p= 0,009
Vários/Cita 2+	- p= 0,009
Vários	- p= 0,006

Nota-se que 14,5% dos pacientes não sabem quem é o seu médico e 42,5% dizem que são vários, sem, entretanto, saber o nome de nenhum deles. Assim, do ponto de vista de estabelecimento de vínculo com o profissional que acompanha o caso, pode-se dizer que 57% dos pacientes seguidos no ambulatório de Pediatria não o possuem. Em 8,6% há um único profissional envolvido no seguimento do paciente e em 34,4% há vários, porém conhecidos pelo seu paciente.

Ao separarmos por ambulatório, verifica-se que, no ambulatório geral, 65,2% dos pacientes não possuem vínculo com um profissional que o acompanha e, na especialidade, esta porcentagem cai para 37,9% (a comparação estatística mostra $p= 0,0001$).

No ambulatório de especialidade, 54,6% dos casos são seguidos por vários médicos, porém do conhecimento do paciente, mostrando um trabalho de equipe com estabelecimento de vínculo, diferentemente do ambulatório geral, em que o trabalho de uma equipe reconhecida pelo paciente se dá em 25,8% do casos. A comparação estatística mostra $p=0,00003$.

Foi ainda questionado aos pacientes sobre seu grau de conhecimento a respeito dos cuidados em relação à patologia, conforme se vê, a seguir:

Tabela 31 - Distribuição da clientela quanto ao conhecimento sobre os cuidados com a criança

CONHECIMENTO DOS CUIDADOS	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Só urgências	2	0,9	2	1,3	-	-
Não conhece	8	3,6	6	3,9	2	3,0
Razoável	23	10,4	12	7,7	11	16,7
Não há	44	19,9	43	27,7	1	1,5
Conhece	144	65,2	92	59,4	52	78,8
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota 1: Os critérios para a classificação acima já foram explicados anteriormente, na metodologia.

Nota 2: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

- Não conhece - $p=0,850$
- Razoável - $p=0,046$
- Não há - $p=0,000008$
- Conhece - $p=0,005$

Pode-se ver que apenas 3,6% dos pacientes desconhecem as orientações médicas com relação à patologia da criança, sem muita variação entre os dois ambulatórios.

Há, entretanto, grande variação na resposta "não há orientações", provavelmente em decorrência da diferença do tipo de patologia atendido nos dois ambulatórios, uma vez que a especialidade lida, de maneira geral, com patologias crônicas, cujo manejo implica em diversas orientações. Há, também, bastante diferença entre os que sabem claramente as orientações, variando de 59,4% a 78,8% ($p=0,005$).

Pode-se concluir que a clientela do ambulatório de especialidade é melhor orientada quanto aos cuidados que devem ser dispensados à sua patologia.

Ao ser perguntado sobre estar satisfeito em relação ao atendimento recebido, as respostas foram as seguintes:

Tabela 32 - Distribuição da clientela quanto à satisfação no atendimento

SATISFAÇÃO DA CLIENTELA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Não	5	2,3	5	3,2	-	-
Mais ou Menos	10	4,5	9	5,8	1	1,5
Sim	206	93,2	141	91,0	65	98,5
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Mais ou Menos - $p=0,238$

Sim - $p=0,064$

Existe, de forma geral, um grau de satisfação relatado pelo paciente muito bom (93,2% de usuários satisfeitos), que, embora se eleve consideravelmente na clientela que

frequente o ambulatório de especialidade (98,5% de satisfeitos), não chega a ser estatisticamente diferente do ambulatório geral (91%). Não há, na especialidade pacientes insatisfeitos, apenas 1,5% de mais ou menos satisfeitos, que não são significativamente diferentes dos 5,8% do ambulatório geral ($p= 0,238$). Portanto, a comparação dos dois ambulatórios não demonstra diferença quanto ao grau de satisfação dos usuários.

A análise do tempo de espera do paciente, no dia em que ele comparece ao ambulatório de Pediatria, revela o seguinte:

Tabela 33 - Distribuição da clientela quanto ao tempo de espera

TEMPO DE ESPERA	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Até 2 1/2 horas	58	26,2	22	14,2	36	54,5
De 2 1/2 a 3 1/2 hs.	65	29,4	49	31,6	16	24,2
De 3 1/2 a 4 1/2 hs.	59	26,7	47	30,3	12	18,2
Maior que 4 1/2 hs.	39	17,6	37	23,9	2	3,0
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p:

Até 2 1/2 hs - $p= 0,00001$

De 2 1/2 a 3 1/2 hs - $p= 0,271$

De 3 1/2 a 4 1/2 hs - $p= 0,061$

Maior que 4 1/2 hs - $p= 0,0002$

Verifica-se que o tempo de espera no ambulatório de Pediatria se distribui mais ou menos igualmente entre as faixas propostas acima. A média de tempo de espera foi de 3 horas e 36 minutos e a mediana de 3 horas e meia. Embora não seja possível visualizar-se nas tabelas, gostaríamos de ressaltar ter havido 13 pacientes que esperaram 7 ou mais horas para serem

atendidos!! Está justificado o nome que designa as pessoas atendidas por serviços públicos de saúde - PACIENTES !

Ao separarmos as duas clientela, respectivamente do ambulatório geral e de especialidade, as diferenças surgem e são bem evidentes. No primeiro, 14,2% da clientela espera até 2 horas e meia e, no segundo, 54,5% ($p= 0,00001$).

Somente 3% dos pacientes da especialidade esperam mais que 4 horas e meia, contra 23,9% do ambulatório geral ($p= 0,0002$). Os tempos de espera entre 2 1/2 e 4 1/2 horas não foram estatisticamente diferentes.

A média de espera foi respectivamente de 4 horas para o geral e de 2 horas e 40 minutos para a especialidade, diferença esta estatisticamente significativa ($p= 0,00001$). A mediana foi de 3 horas e 40 minutos para o primeiro e de 2 horas e meia para o segundo.

Assim, a clientela do ambulatório geral fica submetida a um tempo de espera realmente mais longo.

Quando se perguntou sobre a existência de problemas em qualquer momento da assistência, verificou-se o seguinte:

Tabela 34 - Distribuição da clientela quanto aos problemas no atendimento

PROBLEMAS NO ATENDIMENTO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Sim	96	43,4	73	47,1	23	34,8
Não	125	56,6	82	52,9	43	65,2
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra $p= 0,092$.

Dos usuários do ambulatório de Pediatria, 43,4% relataram algum tipo de problema envolvendo a assistência, porcentagem esta que se eleva para 47,1% e cai para

34,8% nos respectivos ambulatórios geral e de especialidade, diferença não significativa estatisticamente.

Quando lhes foram pedidas sugestões para a melhoria da assistência, obteve-se o seguinte:

Tabela 35 - Distribuição da clientela quanto a sugestões no atendimento

SUGESTÕES NO ATENDIMENTO	TOTAL		AMBULATÓRIO GERAL		AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	
	N	%	N	%	N	%
Sim	39	17,6	33	21,3	6	9,1
Não	182	82,4	122	78,7	60	90,9
Total	221	100,0	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística, comparando os dois ambulatórios, mostra $p=0,029$.

Embora 43,4% dos usuários relatem problemas, apenas 17,6% conseguem opinar sobre sugestões para a melhoria da atenção médica. As sugestões são mais frequentes no ambulatório geral (21,3%) do que no de especialidade (9,1%).

Ao serem questionados sobre os problemas ou falhas no atendimento do ambulatório de Pediatria e, solicitados a respeito de sugestões para a melhoria do mesmo, nota-se nitidamente uma grande tolerância dos usuários com relação a eles.

Os problemas citados abrangem desde questões externas ao HC, como dificuldades de acesso (longa distância, custeio do transporte) e de transporte (falta de adequação nos horários de ambulâncias e ônibus) até questões internas, as quais poderíamos sistematizar da seguinte maneira:

A) ÁREA FÍSICA: falta de informação visual dentro do HC, dificultando a locomoção do paciente, falta de higiene no HC.

B) ORGANIZAÇÃO E FILAS: demora no atendimento, fila externa grande e no APA é descoberta, excesso de pessoas para serem atendidas, marca-se e se desmarca cirurgias várias vezes, necessidade de se chegar muito cedo pela manhã, falta um alto-falante na recepção, muitas filas no HC, extravio de exames e prontuários, presença de fumantes na sala de espera, falta organização dos prontuários por ordem de chegada.

C) RECURSOS HUMANOS: pessoal mal educado no HC, funcionários informam mal, atendimento ruim na recepção.

D) CONSULTA MÉDICA: médicos diferentes, atendimento realizado por estudantes, demora para a criança melhorar, "enrolam" muito e não dão resposta rápida, receitou-se remédio muito caro, não há um médico como referência quando a criança fica ruim, médicos não explicam claramente sobre o problema da criança.

E) RETAGUARDA DE INVESTIGAÇÃO: exames muito demorados.

F) ACESSO A ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS: dificuldade para conseguir consulta em especialista (oftalmo) e para as vacinas, demora para agendar cirurgias, difícil acesso a psicólogo.

G) FLUXO E INTEGRAÇÃO: retornos agendados com intervalos muito longos, necessidade de vir ao HC muitas vezes para consulta e realizar exames, dificuldade no agendamento para a otorrino (só na sexta-feira de manhã).

H) INFRAESTRUTURA: falta de remédios.

Dentre os problemas acima, merecem destaque a demora no atendimento, citada em 19% das entrevistas, o atendimento realizado por médicos diferentes em cada consulta em 6,8% e o intervalo muito longo entre os retornos, relatado em 5%.

As sugestões dadas pelos usuários, de acordo com sua visão do serviço, podem ser sistematizadas da mesma maneira:

A) ÁREA FÍSICA: ter maior número de salas permitindo maior agilidade no atendimento, ampliar o hospital.

B) ORGANIZAÇÃO E FILAS: diminuir o tempo de espera, agendar com horário, diminuir as filas, proibir fumo dentro do HC, iniciar o atendimento mais tarde no período da manhã, ter um alto-falante na recepção, ter maior número de funcionários trabalhando no agendamento, acabar com a fila na entrada do HC.

C) RECURSOS HUMANOS: ter funcionários mais educados e mais bem treinados no HC, ter maior número de médicos e de funcionários.

D) FLUXO E INTEGRAÇÃO: agendar os retornos a intervalos menores, acompanhamento conjunto de pediatra e especialista, a própria Pediatria agendar direto na otorrino.

E) INFRAESTRUTURA: fornecer remédios.

A análise destes indicadores acima nos permite ter uma aproximação da qualidade da atenção médica prestada no ambulatório de Pediatria do HC. Através deles, podemos apreender que a informação ao paciente não se constitui num problema na assistência, já que uma alta porcentagem deles possui algum conhecimento a respeito de sua patologia e das orientações necessárias para lidar com a mesma. Apenas 5% relatam má condução, ou seja, o tratamento proposto está em desacordo com sua expectativa, sendo este, inclusive, o único indicador que é maior na especialidade com relação ao ambulatório geral, provavelmente por demandas específicas daquela clientela.

O indicador de qualidade que mostra o estabelecimento de vínculo entre o médico e o paciente nos revela ser este, talvez, o maior problema assistencial do ambulatório de Pediatria, revelado através de uma baixíssima vinculação, principalmente no ambulatório geral.

Relatam problemas no atendimento 43,4% dos pacientes, porém apenas 17,6% propõem sugestões para melhorá-los. O tempo de espera também é um outro problema sério enfrentado no ambulatório de Pediatria, sendo especialmente longo no ambulatório geral.

Apesar de todas as dificuldades relatadas pela própria clientela, há um alto grau de satisfação da mesma, sendo que mais uma vez vários dos indicadores de qualidade melhoram sensivelmente na especialidade.

4.4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM DOCENTES E MÉDICOS CONTRATADOS ATUANTES NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

Dos dezessete médicos entrevistados, três atuam unicamente no ambulatório de Pediatria geral, cinco nas subespecialidades e nove em ambos.

Quando perguntados sobre o papel do HC, a concepção predominante (59% das respostas) foi a de que ele deve realizar assistência, docência e pesquisa sem priorizar uma destas atividades sobre as demais; 24% atribuem ao HC o papel apenas de assistência e docência e 17% de assistência e pesquisa. Dos que responderam assistência associada ao ensino ou pesquisa (41% das respostas), 17% priorizam a assistência sobre os demais. No entanto, não há, neste ponto, uma concordância, pois vários médicos reconhecem que a atividade principal do HC está centrada na assistência, em detrimento do ensino e da pesquisa, fato que não deveria estar ocorrendo.

A respeito do papel da rede básica de saúde, 94% responderam ser assistencial e 6% o de realizar promoção à saúde. Esse papel assistencial é colocado de várias maneiras, como atenção a casos de complexidade primária ou primária e secundária ou, ainda, ser porta de entrada ao sistema de saúde, articulado com o sistema hospitalar, ou então, dando respostas mais genéricas, como atender os casos mais simples e prevalentes, sem mencionar nível de complexidade. Para 29%, a rede básica tem função formadora de recursos humanos para saúde (ensino) e as outras respostas incluem: realização de pesquisa (17,5%), ações preventivas na comunidade (35,2%), programas específicos como pré-natal, puericultura, etc (17,5%) e educação em saúde (17,5%).

Ao serem solicitados para especificar melhor o que caracteriza os níveis de atenção primário, secundário e terciário, as respostas obtidas foram: 11,7% não definem com clareza, relatando que não há um limite muito nítido entre eles e 6% atrelam a definição às possibilidades locais de acompanhamento, sem contudo especificar claramente essa colocação. As demais respostas relacionam os diferentes níveis de complexidade com a gravidade da patologia (17,5%), a complexidade dela (17,5%), a necessidade de recursos humanos especializados (35%), a retaguarda laboratorial necessária para a investigação (59%), o seguimento a longo prazo (17,5%), a utilização de medicação específica (6%) e à urgência na investigação (6%). A maior parte das respostas combina complexidade da patologia com retaguarda laboratorial e recursos humanos especializados.

Com relação aos problemas de saúde que o HC deve atender, surgiram as seguintes respostas: assistência terciária (47%), casos de maior complexidade sem especificar qual nível (29%), assistência terciária e quaternária (6%), assistência secundária e terciária (12%) e estabelecer diagnóstico diferencial (6%). Embora a maioria reconheça que o HC deva atender preferencialmente casos de complexidade terciária, 35,2% dos entrevistados acham necessária a presença de uma demanda de casos primários e secundários, devido à presença de alunos e residentes (11,7%) e ao déficit da rede básica (23,5%). Um deles (6%) cita, inclusive, a impossibilidade de regionalização devido às deficiências crônicas apresentadas pela rede.

Nesta questão, já surge uma polêmica quanto à presença do ambulatório geral dentro do HC, posição que é defendida por uns e justificada pela presença de alunos, criticada, porém, por outros que pensam não ser este o local adequado para tal ambulatório, que deveria se deslocar para a rede, levando junto alunos e residentes. Mais adiante, será abordada novamente a questão. Algumas respostas complementam, fazendo referência à presença de pacientes particulares e de convênios que possam custear seu tratamento, permitindo um aporte adicional de recursos ao HC e, também, à criação de centros de referências no HC para o tratamento de patologias mais complexas (diabetes, leucoses, etc).

À rede básica foi atribuída a responsabilidade de realizar atenção primária (23,5%), atenção primária e secundária (29,4%) e outras respostas mais genéricas, como atender tudo aquilo que consegue (12%) ou atender patologias mais simples (35%). Também foi citada a realização de promoção à saúde (imunização, vigilância) e de programas específicos.

Muitas das respostas a esta questão se mesclaram às da questão referente ao papel da rede, onde se pretendia uma explicitação da ideologia do médico.

Ao se perguntar sobre as dificuldades da rede básica em atender adequadamente, surgiram as seguintes respostas: em todas (100%), foi citada a falta de uma política de recursos humanos adequada (baixos salários, falta de reciclagem, alta rotatividade de profissionais, falta de profissionais, desmotivação e desvalorização do pessoal, falta de compromisso, profissionais despreparados); em segundo lugar (41%) foi colocada a questão da dificuldade de retaguarda laboratorial e, em terceiro, a demanda excessiva (29,4%). As demais respostas incluem a falta de uma política social que priorize, de fato, a saúde com maiores investimentos no setor e que possibilite a criação de uma tradição de trabalho nos serviços públicos (23,5%), a falta de estrutura (recursos humanos e materiais) (35,2%), a própria forma de organização dos serviços em termos de processo de trabalho, implementando um modelo assistencial voltado para o pronto-atendimento (17,5%) e outros como falta de medicamentos (12%), a medicalização (12%) e a falta de integração entre os diversos níveis de complexidade (6%).

A respeito da devolução de pacientes dos ambulatórios de Pediatria para serem seguidos em seu local de origem, as respostas foram:

Sim (muitas vezes) - 15

Sim (poucas vezes) - 2

Não - 0

Três médicos devolveram pacientes apenas para serem seguidos exclusivamente em seu local de origem e quatorze já devolveram tanto para seguimento exclusivo na origem como conjuntamente com o HC.

Os motivos pelos quais se justificou a devolução de pacientes são: em primeiro lugar, porque já tiveram seu diagnóstico esclarecido e o tratamento orientado (59%), ou então porque não havia patologia com complexidade que justificasse seu seguimento neste HC, ou seja, casos mal encaminhados (41%). Outros motivos que justificaram a devolução são a responsabilidade da rede básica no seguimento do paciente (35%), ou então, para "decongestionar" o HC que já está sobrecarregado (17,5%) ou pela maior facilidade de acesso ao local mais próximo à residência do paciente (23,5%). 12% dos médicos consideraram, antes da decisão de devolver o paciente, as condições de sua cidade de origem para segui-lo, independente da complexidade da patologia que ele apresente.

Todos os médicos entrevistados relatam que já enviaram contra-referência e os motivos pelos quais as enviam são vários: impossibilidade do paciente transmitir as informações pessoalmente para o seu médico, a informação não escrita se perde, para que seu médico no local de origem tenha as informações necessárias e possa segui-lo adequadamente, porque é nosso dever enviar a informação, é ético, é pedagógico para os alunos e residentes, é um hábito, para fortalecer o sistema de referência e contra-referência, para valorizar e reciclar o médico da rede. Um médico relata que, em situações de seguimento conjunto, envia a contra-referência apenas verbalmente e só faz relatório escrito quando o paciente é transferido para ser seguido em outro serviço. Outro relata que a circulação de papéis nem sempre é boa, pois muitas vezes se perde, a mãe esquece.

Sobre a adequação do ambulatório geral de Pediatria, como local de ensino, respondeu-se:

Sim, é um bom local - 10

Não é um bom local - 5

Sim e não - 2

Foram relatados vários motivos que qualificam o ambulatório geral como um bom/ótimo local para o ensino: a diversidade de patologias permite que o aluno saia com uma formação geral, inclusive complementando a visão que ele formou ao passar pelo estágio na rede básica e pelo pronto-socorro, a boa estrutura física e organizacional, o número razoável de docentes no setor, o volume de casos, a sistematização nos pedidos de exames, a retaguarda laboratorial excelente. Os aspectos relatados como inadequados foram os seguintes: presença de muitos casos crônicos e raros, dirigindo a formação de alunos e residentes de primeiro ano para uma especialização, o que não é intuito da graduação, não há formação em pesquisa, não há senso de organização, a localização é ruim, pois dificulta o acesso. Há algumas opiniões contraditórias com relação ao tipo de patologias atendidas. Enquanto alguns consideram que os alunos atendem patologias de diversos graus de complexidade, o que contribui para sua formação, outros acham que o atendimento é centrado em casos raros e crônicos, distorcendo a mesma. Todavia, há docentes que consideram ruim esta mescla de patologias e que o aluno deveria atender preferencialmente casos de complexidade terciária. Existe, ainda, uma outra opinião que considera o ensino independente do tipo de patologia mas dependente da abordagem proposta.

Alguns problemas relatados quanto ao ensino são o tempo curto que os alunos passam pelo ambulatório, impossibilitando o seguimento de pacientes e o desinteresse demonstrado por muitos deles, a relação médico-paciente é ruim e há excesso de solicitações de exames.

Quando se pergunta se a presença do ensino modifica o perfil da morbidade do ambulatório, temos o seguinte:

Sim - 6

Não - 11

Novamente, aqui, aparecem divergências uma vez que parte dos médicos acha que a presença do aluno não modifica o perfil de morbidade, pois esta é determinada pelos encaminhamentos que o ambulatório recebe. Pensam, inclusive, que se não houvesse alunos, não existiria o ambulatório geral, apenas as subespecialidades, sem todavia, mudar o perfil.

Outra parte dos médicos acha que se seguram mais casos no ambulatório geral devido à presença dos alunos e dos residentes, pois há um interesse didático neste ambulatório.

Percebe-se, portanto, que a avaliação dos casos que devem permanecer no ambulatório geral ou ir para as especialidades depende da avaliação de cada docente, não havendo uma padronização com relação a isto.

Alguns ainda complementam a questão, dizendo que os alunos deveriam sair do HC, tornando os ambulatórios mais especializados e conduzidos apenas por residentes. Outros defendem a idéia de que se deve criar dois ambulatórios, um para alunos e outro para residentes. Vários relatam que a presença dos alunos torna o ambulatório mais moroso e dificulta a vinculação do paciente com o seu médico.

Ao serem questionados sobre a qualidade da atenção prestada no ambulatório geral de Pediatria, respondeu-se o seguinte:

Sim, é boa - 10

Não é boa - 6 (1 acha péssima)

Não sabe - 1

Depende - 1 (a resolutividade é boa e o vínculo ruim)

As principais falhas relatadas foram: morosidade na investigação (59%) devida a extravio de exames, erros na coleta, agendamento inadequado dos exames, obrigando o paciente a retornar muitas vezes, raio-x e outros exames demorados; a segunda maior falha referida foi a

falta de vínculo entre o médico e o paciente (41%), tornando a relação impessoal. Isto foi atribuído à rotatividade de profissionais que atendem, ao tipo de organização existente que não permite essa vinculação e à própria institucionalização da relação impessoal. Uma lista de outras falhas surge, a seguir: problemas com arquivo (erros, morosidade), erros de encaminhamento entre ambulatório geral e de especialidades, falta de espaço, mistura de ambulatório geral e especialidades no mesmo espaço físico, falta de espaço específico para a criança dentro do hospital (nas filas de laboratório, raio-x, etc), a informatização burocratiza e não facilita o atendimento, serviço muito burocratizado e centrado no médico, falta de assistente social e de outros profissionais que dêem suporte ao atendimento, demora no atendimento, excesso de demanda que, inclusive, dificulta a racionalização da oferta de serviços, excesso de exames solicitados, concepção errônea do modelo de professor que resolve logo e vai embora sem pôr a mão no paciente, não há recursos suficientes para custear toda a demanda, falta de profissionalismo, falta de interesse do docente no ambulatório geral e tendência a uma maior dedicação à sua especialidade, refletindo no aluno, que também se desmotiva. Não é uma Escola de Pediatria, mas sim grupos diferentes que atuam no mesmo setor.

Quanto às sugestões dadas para melhorar a qualidade da atenção, temos: alguns citam questões externas ao HC e que podem melhorar a qualidade da atenção prestada, como a melhoria da rede de saúde, regionalizando, hierarquizando e melhorando o sistema de referência e contra-referência ao HC, permitindo dessa forma que só cheguem ao HC casos de complexidade terciária; todas as demais colocações se referem a mudanças internas como criar um grupo de docentes responsáveis pelo ambulatório geral que o assumam de fato, estejam bem entrosados quanto à concepção de ensino, dêem maior agilidade e repensem o seu perfil de morbidade. Outra sugestão citada por vários médicos foi a modificação urgente do agendamento, em que surgiram várias propostas, como a criação da agenda do residente e a do aluno. Alguns acham que a vinculação do paciente deva ser com o residente, enquanto outros pensam ser com o docente. Marcação de consultas com horário, permitindo agilizar e melhorar a sub-utilização de horários e espaço, organizar prontuários, selecionar patologias semelhantes e realizar atendimento conjunto com o especialista, agilizar a investigação (laboratório e raio-x), aumentar o número de salas, revisão dos prontuários pelo residente na véspera do atendimento, visando organizar e agilizar o atendimento, maior autonomia e profissionalismo dos residentes, médico cumprir o horário de trabalho, discussão de casos no final do expediente, ter outros profissionais

da área de saúde que dêem suporte para o atendimento, permitindo maior agilidade, informatizar, criar o Instituto da Criança, buscar alternativas de ensino que se contraponham à tendência crescente de superespecialização, acabar com os ambulatórios de especialidades "disfarçados" dentro do geral, treinar a recepção e a pós-consulta, estabelecer a relação de um docente para supervisionar três consultórios, assistir os alunos mais de perto, pois muitos ficam perdidos ou se desmotivam, aumentar o tempo que o aluno e o residente passam no ambulatório, para poderem acompanhar melhor os casos, triar melhor os casos para os alunos, diminuir o tempo que o aluno de graduação passa na área de internação e aumentar a carga nos centros de saúde, avaliar melhor a produtividade, discutir critérios de alta e da entrada, padronizar mais as condutas, são as demais sugestões visando o aprimoramento da atenção. Referiu-se que, ao melhorar a assistência, melhora também o ensino.

Como se pode notar, estão relacionadas desde medidas que dizem respeito a uma reformulação da política de saúde, até medidas organizacionais e de ensino.

Questionando-se a possibilidade de se manter uma boa relação médico-paciente no ambulatório geral, obteve-se o seguinte:

Sim - 14

Não - 3

A maioria concorda que é possível melhorar a relação médico-paciente se houver vínculo entre o médico e o paciente, personalizando o atendimento. Alguns referem que o estabelecimento deste vínculo depende do médico, do seu compromisso e respeito pelo paciente, enquanto outros acham que deva haver também uma afinidade por parte do paciente. Vários questionam a vinculação do paciente com o aluno, mas acham-na possível com o residente ou com o docente. Foram relatados três fatores principais que dificultam o estabelecimento de vínculos: a hierarquia do ambulatório é confusa e o paciente não consegue entendê-la, não sabendo com quem se vincular, o tempo longo de espera torna o paciente impaciente e cansado e a própria institucionalização da impessoalidade dentro do HC. Uma parte dos médicos concorda que o vínculo é estabelecido mais facilmente nas especialidades do que no ambulatório geral, justamente por se tratar de um ambulatório que não é assumido pelos docentes que fazem suas especialidades. Para alguns, o ambulatório geral é visto como um intermediário na investigação. Relatou-se, também, a necessidade de se passar para os alunos noções de ética e respeito ao paciente para poder ter uma boa relação.

Em resumo, a concepção que os médicos têm do ambulatório de Pediatria é a de um local que deve realizar assistência predominantemente terciária acoplada ao ensino e pesquisa. A rede básica de saúde deve ser o local preferencial para realizar a atenção primária e, dependendo dos recursos, também a secundária, além de ações de saúde preventivas na comunidade e de possuir um papel na formação de recursos humanos em saúde. Dentre seus principais problemas, foram citadas a falta de uma política de recursos humanos adequada, a dificuldade com a retaguarda laboratorial e a demanda excessiva.

Todos os entrevistados já devolveram pacientes para serem acompanhados em seu local de origem, após elucidarem o diagnóstico ou constatarem não haver complexidade na patologia que justificasse sua permanência neste HC.

Com relação ao sistema de referência e contra-referência, a grande maioria se utiliza dele por entender que seja necessário para o seguimento adequado do paciente em seu local de origem.

A maior parte dos entrevistados considera que o ambulatório de Pediatria seja um local adequado para o ensino dos alunos de graduação, principalmente devido à diversidade de patologias e à sua estrutura privilegiada (área física, retaguarda laboratorial, etc). Consideram que a presença de alunos não modifica o perfil das patologias seguidas no ambulatório, embora haja bastante controvérsia sobre isto.

Vêm a qualidade da atenção prestada como boa e relatam como falhas principais a morosidade na investigação e a falta de vínculo entre o médico e seu paciente. Sugerem numerosas medidas que vão desde mudanças na política de saúde até questões organizacionais e de ensino.

Acham possível manter uma boa relação médico-paciente desde que exista vinculação entre ambos.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS DA ÁREA DE INFORMÁTICA DO HC-UNICAMP

Foram selecionadas algumas variáveis, cuja análise nos permite a construção de indicadores de qualidade da assistência prestada, complementando as discussões anteriores.

Os resultados obtidos na área de informática do HC, encontraram 217 prontuários dos 221 listados nesta pesquisa. Isto se deve a cancelamento de alguns números, devido à duplicidade de prontuários destes pacientes. Assim, da amostra inicial, houve uma perda de 1,8% de casos e, portanto, a análise estatística destes dados se baseará nos 217 casos encontrados.

Uma falha no sistema, a nosso ver, é a ausência de informações como alta e abandono.

A análise do número de consultas pediátricas por paciente foi uma primeira variável estudada. Na tabela abaixo podemos ver como elas se distribuem:

Tabela 36 - Distribuição da clientela quanto ao número de consultas na Pediatria

NÚMERO DE CONSULTAS PED	N.	%	% ACUMULADA
1	43	19,8	19,8
2	44	20,3	40,1
3	35	16,1	56,2
4	26	12,0	68,2
5	24	11,1	79,3
6	22	10,1	89,4
7	9	4,1	93,5
8	6	2,8	96,3
9	3	1,4	97,7
10	2	0,9	98,6
11	1	0,5	99,1
12	2	0,9	100,0
Total	217	100,0	

Para os 217 pacientes, foram realizadas 785 consultas pediátricas, com uma média de 3,62 consultas por paciente no intervalo de 12 meses. A mediana foi de 3 consultas, sendo que 56,2% deles realizaram até 3 consultas neste período. Trata-se de um número baixo, já que estas crianças possuem patologias crônicas ou complexas, que justificam seu seguimento em um hospital terciário.

Levantou-se, também, o número de consultas realizadas em outras especialidades dentro do HC, exceto as da Pediatria, com o intuito de conhecer a utilização que os pacientes fazem dos recursos do HC. Obtivemos a seguinte distribuição:

Tabela 37 - Distribuição da clientela quanto ao número de consultas em outras especialidades do HC

NÚMERO CONS OUTRAS ESPEC	N	%	% ACUMULADA
0	149	68,7	68,7
1	26	12,0	80,6
2	9	4,1	84,8
3	8	3,7	88,5
4	7	3,2	91,7
5	7	3,2	94,9
6	1	0,5	95,4
7	1	0,5	95,9
8	3	1,4	97,2
9	3	1,4	98,6
14	1	0,5	99,1
20	1	0,5	99,5
24	1	0,5	100,0
Total	217	100,0	

Da clientela amostrada neste trabalho, 149 foram atendidos exclusivamente na Pediatria, ou seja, 68,7%. Os demais 68, que correspondem a 31,3%, consultaram entre uma e 24 vezes em outras especialidades do HC, totalizando 253 consultas e com uma média de 3,72 consultas e mediana de duas consultas. Portanto, a maioria da clientela que vem encaminhada à Pediatria do HC para ser investigada, não se utiliza de outras especialidades e, quando o fazem, o

número de consultas, em geral, não é elevado. Os pacientes que realizaram um grande número de consultas, devem tratar-se de casos de maior complexidade ou gravidade.

Ao somarmos o número de consultas realizadas pela clientela deste trabalho no período de um ano, temos um total de 1038 consultas, o que dá, em média, uma concentração de 4,78 consultas por paciente. Novamente não nos parece ser excessivo, pelos motivos já explicados antes.

Além de consultas médicas, esta clientela realiza uma série de procedimentos e exames complementares durante seu seguimento no HC. A seguir, passaremos a estudá-los.

A tabela abaixo mostra como se distribuem os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados por esta clientela:

Tabela 38 - Distribuição da clientela quanto ao número de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados

NÚMERO PROCED CIRURG AMBULAT	N.	%	% ACUMULADA
0	210	96,8	96,8
1	7	3,2	100,0
Total	217	100,0	

Pode-se ver que apenas 3,2% da clientela realiza procedimento cirúrgico ambulatorial, o que é um número bastante pequeno, uma vez que a rede básica de saúde não oferece este procedimento aos seus usuários, de maneira geral.

Outro tipo de procedimento de que a rede básica não dispõe são os procedimentos especializados. A tabela abaixo mostra como eles se distribuem:

Tabela 39 - Distribuição da clientela quanto ao número de procedimentos especializados realizados

NÚMERO PROCED ESPECIALIZADOS	N	%	% ACUMULADA
0	128	59,0	59,0
1	31	14,3	73,3
2	14	6,5	79,7
3	6	2,8	82,5
4	5	2,3	84,8
5	4	1,8	86,6
6	2	0,9	87,6
7	2	0,9	88,5
8	4	1,8	90,3
9	2	0,9	91,2
10	2	0,9	92,2
11	5	2,3	94,5
12	4	1,8	96,3
13	2	0,9	97,2
14	1	0,5	97,7
15	2	0,9	98,6
16	1	0,5	99,1
22	1	0,5	99,5
33	1	0,5	100,0
Total	217	100,0	

Mais da metade da clientela, 59%, não realiza estes procedimentos que envolvem maior complexidade tecnológica, sendo que entre os 41% restantes, o número realizado varia entre um e 33, com uma média de 5,13 procedimentos por paciente, o que é um número alto. Logo, a maioria da clientela do ambulatório de Pediatria não realiza estes procedimentos; porém,

quando o fazem, é em quantidade elevada, compatível com uma clientela portadora de patologias de maior complexidade.

O número de radiodiagnósticos realizados foi outra variável estudada. A tabela abaixo mostra como eles se distribuem na clientela:

Tabela 40 - Distribuição da clientela quanto ao número de radiodiagnósticos realizados

NÚMERO RADIO-DIAGNÓSTICOS	N.	%	% ACUMULADA
0	111	51,2	51,2
1	38	17,5	68,7
2	29	13,4	82,0
3	17	7,8	89,9
4	10	4,6	94,5
5	7	3,2	97,7
6	2	0,9	98,6
7	2	0,9	99,5
10	1	0,5	100,0
Total	217	100,0	

Aqui, novamente, mais da metade da clientela, 51,2%, não realizou estes tipos de exames, o que nos causa surpresa, visto que são exames tanto simples quanto contrastados e que usualmente fazem parte da investigação de numerosas patologias. Como os exames radiológicos simples são realizados também pela rede básica de saúde, talvez esteja ocorrendo que o paciente já venha com eles, sem necessitar repeti-lo no HC.

O total realizado foi de 258 exames radiológicos. Entre os 48,8% dos pacientes que os realizaram houve uma variação de um a 10 exames, com uma média de 2,43 exames por paciente e uma mediana de 2 exames por paciente.

Outra investigação realizada foi quanto ao número de exames de diagnóstico por imagem, conforme se vê abaixo:

Tabela 41 - Distribuição da clientela quanto ao número de diagnósticos por imagem realizados

NÚMERO DIAGN POR IMAGEM	N	%	% ACUMULADA
0	176	81,1	81,1
1	14	6,5	87,6
2	9	4,1	91,7
3	7	3,2	94,9
4	5	2,3	97,2
5	3	1,4	98,6
9	2	0,9	99,5
13	1	0,5	100,0
Total	217	100,0	

Pode-se ver que a grande maioria da clientela, 81,1%, não realiza estes exames de maior complexidade tecnológica. O total destes exames foi de 119 que, divididos entre os 41 (18,9%) pacientes, dá uma média de 2,90 exames por paciente e uma mediana de 2 exames por paciente. A variação ocorrida foi de um a 13 exames.

Por conseguinte, entre os exames e procedimentos utilizados na investigação e tratamento da clientela seguida no ambulatório de Pediatria, os que foram consumidos por uma maior parcela da clientela foram os exames de radiodiagnóstico (48,8%), o que nos parece óbvio, uma vez que se tratam de exames menos complexos e que fazem parte da investigação de numerosas patologias. Os exames realizados em maior quantidade foram os procedimentos especializados (457). Trata-se de uma lista extensa de exames e procedimentos que envolvem maior tecnologia e que, portanto, só são realizados em serviços de saúde terciários, abrangendo também diversas especialidades clínicas e que, assim, fazem parte da investigação de numerosas patologias. Estes também são os procedimentos de maior média de consumo pela clientela, com uma concentração de 5,13 por usuário.

Os procedimentos menos utilizados pela clientela foram os de cirurgia ambulatorial (3,2%), seguidos dos exames de diagnóstico por imagem, (18,9%).

No total de exames e procedimentos realizados temos 841 que, divididos entre os 217 pacientes, nos dão uma concentração média de 3,87 por paciente, o que novamente não parece ser excessivo por se tratar de uma clientela já triada, ou seja, com patologias crônicas ou mais complexas.

Quando se analisa o município de procedência da clientela, tem-se a seguinte distribuição:

Tabela 42 - Distribuição da clientela quanto ao município de procedência

MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	N.	%
Campinas	61	28,1
Sumaré	23	10,6
Indaiatuba	11	5,1
Cosmópolis	7	3,2
Piracicaba	7	3,2
Hortolândia	6	2,8
Araras	5	2,3
Limeira	5	2,3
Mogi-Guaçu	5	2,3
Salto	5	2,3
Sta. Bárbara D'oeste	4	1,8
Tambaú	4	1,8
Valinhos	4	1,8
Águas de Lindóia	3	1,4
Americana	3	1,4
Amparo	3	1,4
Conchal	3	1,4
Paulínia	3	1,4
Artur Nogueira	2	0,9
Holambra	2	0,9
Itu	2	0,9
Jaguariúna	2	0,9
Leme	2	0,9
Nova Odessa	2	0,9
Ouro Fino	2	0,9
Pirassununga	2	0,9
Rio Claro	2	0,9
São João Boa Vista	2	0,9
Várzea Paulista	2	0,9
Total	184	84,8

Nota: Os demais municípios abaixo relacionados aparecem na amostra com apenas um paciente cada: Adamantina, Aguaí, Águas da Prata, Atibaia, Bandeira do Sul, Caldas, Capivari, Casa Branca, Cerquilha, Cordeirópolis, Iracemópolis, Itapira, Itupeva, Jacutinga, Jundiá, Laranjal Paulista, Machado, Mococa, Mogi-Mirim, Monte Mor, Monte Sião, Palotina, Pedreira, Porto Ferreira, Pouso Alegre, Rio Verde, Santo Antonio de Posse, São José do Rio Pardo, Serra Negra, Sorocaba, Tietê, Vinhedo e Votorantim.

Estão listados, nesta tabela, os 29 municípios mais freqüentes, sendo Campinas o primeiro, seguida de Sumaré e Indaiatuba. Não foi estudado aqui o quanto este número representa em relação à população de cada município, para verificar qual é o que mais encaminha pacientes ao HC; foi feita apenas uma distribuição de freqüência de acordo com a procedência da clientela do ambulatório de Pediatria.

Estes municípios estão distribuídos, em sua grande maioria, em SUDS próximos ou dentro da macro-região 4, que é onde se localiza o HC e o município de Campinas, conforme se verifica, a seguir:

Tabela 43 - Distribuição da clientela quanto à macro-região e Suds de procedência

CRS	SUDS	N	%
4	27	126	58,1
	43	19	8,8
	28	15	6,9
	47	8	3,7
	26	7	3,2
	55	7	3,2
	42	4	1,8
	54	4	1,8
	51	2	0,9
5	25	1	0,5
	59	10	4,6
	24	1	0,5
2	37	1	0,5
	16	1	0,5
3	53	1	0,5
0 (*)	0 (*)	10	4,6
Total		217	100,0

Nota: A macro-região e o SUDS com o número 0 (*) referem-se a outros

Estados.

Desta forma, 193 (88,9%) pacientes pertencem à macro-região 4, demonstrando que a assistência prestada pelo HC é, de fato, regionalizada. Há 14 (6,5%) pacientes provenientes de outras macro-regiões do Estado de São Paulo e 10 (4,6%) de outros Estados.

Ao compararmos esta tabela com a correspondente obtida pela entrevista com os usuários, verificamos algumas poucas diferenças de resultados que podem ser devidas a mudança de endereço dos pacientes ou erro de informação.

A distribuição desta clientela por Estado é a seguinte:

Tabela 44 - Distribuição da clientela quanto ao Estado de procedência

ESTADO	N	%
São Paulo	207	95,4
Minas Gerais	8	3,7
Goiás	1	0,5
Paraná	1	0,5
Total	217	100,0

Novamente aqui se verifica que ocorre a regionalização, já que apenas 10 (9,1%) pacientes são provenientes de outros Estados, vindo, a maioria deles, de Minas Gerais. O estudo dos municípios nos mostra que se trata de municípios localizados no sul deste Estado e que, conseqüentemente, o serviço de referência mais próximo é o HC-UNICAMP.

DISCUSSÃO

Todo novo saber nos propicia sempre duas possibilidades: entender melhor a realidade e modificá-la. Sob esta perspectiva, a avaliação dos serviços de saúde pode nos apontar problemas e opções dentro de uma realidade que queremos transformar.

BARAJAS (1990) afirma que, embora a avaliação seja um passo necessário na busca da qualidade, ela, por si só, não pode garanti-la, mas permite obter um juízo sobre o desempenho das organizações que prestam os serviços e sugestões para superar as deficiências. Assim, durante muitos anos, os esforços foram dirigidos primordialmente no sentido de desenvolver metodologias para avaliar a qualidade, e não de estabelecer mecanismos garantindo que os resultados dessas avaliações realmente melhorassem os serviços proporcionados. Nos últimos dez anos, porém, têm se desenvolvido estratégias para a implementação de fato da garantia de qualidade em muitos países.

Atualmente, vários autores (VELÁZQUEZ, 1978; MORERA, 1981; NERI, 1981; DONABEDIAN, 1986) têm proposto a investigação aplicada a serviços de saúde como uma aproximação multidimensional no estudo de diversos fatores que afetam a qualidade dos serviços de saúde. Um grupo de trabalho da OMS⁹, reunido em 1976, a define como "a investigação e a avaliação sistemática de aspectos específicos relacionados com o desenvolvimento e funcionamento dos serviços de saúde, em termos de sua inter-relação com fatores vinculados ao campo da saúde".

MORERA (1981) considera-a como a forma de avaliação que mais se ajusta às necessidades de seu país (Colômbia), pois, além de identificar aspectos críticos, liga-se à prestação de serviços integrais de atenção à saúde, proporcionando retroalimentação que facilita o ajuste de políticas, planos e programas em marcha.

Trata-se, portanto, de uma abordagem multidisciplinar, englobando estudos epidemiológicos, clínicos, farmacológicos, demográficos e outros e utilizando técnicas de ciências sociais.

Esta pesquisa utiliza a abordagem da avaliação aplicada a serviços de saúde para realizar uma aproximação de avaliação qualitativa do Ambulatório de Pediatria do HC da UNICAMP. Embora se trate de um estudo parcial, pois são muitos os aspectos envolvidos na atenção ao paciente, acreditamos abordar ele questões fundamentais que necessariamente vão

⁹ OMS (1976) apud NERI, A. - Infraestructura para el desarrollo de investigaciones aplicadas a servicios de salud. *Educ. Med. Sal*, 15: 30-9, 1981.

estar presentes no dia-a-dia dos profissionais que trabalham neste Ambulatório, determinando, muitas vezes, os resultados da assistência e que, portanto, precisam ser conhecidas por eles.

Neste sentido, NERI (1981) considera que os sistemas de saúde mais interessados em cumprir um objetivo social mais equitativo, tendem a favorecer um interesse maior na investigação por parte das equipes profissionais que os integram. Acrescenta, ainda, que o sistema de atenção à saúde, no qual se inserem os serviços, condiciona não apenas o tipo e qualidade de informação de que dispõe, como também a classe de população a que serve, as modalidades de organização que utiliza, os recursos humanos e físicos que possui e até o próprio grau de interesse em promover ou colaborar com estudos e investigações.

Pudemos estudar, nesta pesquisa, alguns aspectos do sistema de referência ao HC, constatando que a regionalização é seguida, com 85,9% dos pacientes provenientes da macro-região 4, dentro da qual se situa o HC-UNICAMP e contrariando uma crença, existente entre os profissionais que atuam no hospital, de que se atendem muitos pacientes de áreas distantes.

NOVAES (1990) considera a regionalização como um esquema de implantação racional de recursos de saúde, organizados em uma disposição hierárquica na qual é possível oferecer uma assistência máxima nos diversos serviços utilizados apropriadamente, de acordo com as necessidades individuais do paciente. Assim sendo, deve promover uma maior conveniência por parte da população, maior acessibilidade, alta qualidade de atenção e maior eficiência. A avaliação de qualidade da atenção médica no modelo regionalizado, ao invés de ser medida na instituição individualizada, precisa ser apurada em todo o conjunto.

Para DONABEDIAN (1988), o delineamento de áreas geográficas atreladas a um determinado serviço de saúde é mais vantajoso do que quantificar a população que recebe o serviço, pois possibilita considerar-se aspectos espaciais, ambientais, da organização social, etc.

DE VISÉ (1966) afirma ser um axioma planejar por áreas geograficamente definidas, e de acordo com as necessidades, demandas e padrões de utilização dessas áreas.

A discussão sobre regionalização leva necessariamente à discussão sobre acessibilidade aos serviços de saúde. DONABEDIAN (1988) distingue dois tipos de características que interferem entre a produção e o consumo real dos serviços. São as sócio-organizacionais e as geográficas.

O autor refere que as características do sistema de atenção médica interagem com as preferências dos clientes, com as barreiras à livre escolha, com os aspectos geográficos de acesso

aos médicos e aos hospitais e com as diversas categorias da população. Ou, ainda, com o prestígio de determinado serviço, com a rede de referências entre os médicos e a natureza dos serviços oferecidos.

Sugere, pois, um modelo em que se reconhecem atributos dos recursos de saúde e características sociais, culturais, econômicas ou psicológicas dos clientes que influem no reconhecimento da necessidade da atenção e na busca desta. A acessibilidade tem, também, um componente temporal, ou seja, os horários de funcionamento de um serviço de saúde influem na capacidade dos clientes, especialmente os trabalhadores, de receber atenção.

SCHLAEPFER-PEDRAZZINI & INFANTE-CASTAÑEDA (1990) ressaltam os aspectos subjetivos das condições de saúde e da utilização dos serviços. Defendem a idéia de que a equidade deve propiciar maiores oportunidades aos que mais delas necessitam.

YEPEZ (1984) amplia o conceito de acessibilidade, acrescentando outros elementos como acessibilidade a medicamentos, à vacinação, à educação em saúde, etc.

DONABEDIAN (1968) observa que considerações sobre o acesso aos serviços devam ser sempre incluídas em qualquer sistema de avaliação de qualidade. Quando isto não ocorre, é porque o prestador influencia pouco no acesso inicial à atenção, ou porque não se dá responsabilidade social a ele pelo acesso à atenção ou então porque a responsabilidade do prestador pelo acesso é menos prioritária do que outras ações.

Todas estas questões têm implicações óbvias sobre o planejamento e a organização da atenção no Ambulatório de Pediatria.

A forma como o paciente chega ao HC está intimamente ligada ao conceito de acessibilidade.

DONABEDIAN (1988) comenta que, quando um paciente se desloca por longas distâncias, é preciso distinguir se ele encontrou barreiras para o acesso a hospitais mais próximos ou se há uma maior seletividade, levando-o a tal comportamento.

KANE (1969) mostrou uma maior disposição para percorrer maiores distâncias quando o paciente percebe a gravidade da situação. Os salários menores diminuíram esta disposição em deslocar-se.

DONABEDIAN (1987) refere que se pode preferir o recurso mais distante por sua reputação ou por apego prévio ou que o paciente tenha sido conduzido até ali por uma rede de laços profissionais. Ressalta, ainda, que quanto mais complexa é a tarefa, necessita-se de um

tamanho maior de unidade de saúde para que a produtividade seja ótima. Para ele, os hospitais de maior tamanho também parecem proporcionar melhor atenção em termos técnicos, mas não devido ao seu tamanho, e sim às habilidades e recursos que se associam ao tamanho.

ALTMAN (1954) verificou uma correlação entre consultas a especialistas e maior distância percorrida, sugerindo que isto deva ocorrer devido a uma maior gravidade da patologia ou ao maior nível sócio-econômico daqueles que consultam aos especialistas.

Os resultados desta pesquisa mostram que, embora haja uma grande dificuldade de locomoção até o HC (quase 40% dependem de transporte fornecido pelas prefeituras), os pacientes superam tal dificuldade provavelmente por perceberem a gravidade ou complexidade de sua patologia, além da falta de recursos mais próximos que permitam solucioná-la. Trata-se de pacientes de baixo nível sócio-econômico, dependentes dos serviços públicos de saúde que chegam ao HC através de encaminhamentos. Na especialidade, melhora o nível sócio-econômico dos pacientes, assim como sua dependência dos serviços públicos e, portanto, a eleição do HC deve levar em consideração sua reputação, a tecnologia disponível e a presença de especialistas habilitados a lidar com patologias de maior gravidade e/ou complexidade. Como os seguimentos dos pacientes são longos, a necessidade de muitos retornos, tanto para consultas como para investigação, acaba, provavelmente, selecionando a clientela que tem mais condições de chegar até o serviço. Portanto, a inequidade observada entre os frequentadores do Ambulatório Geral de Pediatria e da Especialidade, talvez pudesse ser melhorada, agilizando-se as investigações que são sabidamente morosas e modificando-se questões organizacionais para diminuir o número de retornos.

Um dos indicadores de qualidade da assistência médica é o grau de conhecimento do paciente sobre sua patologia.

CAMPERO-CUENCA (1990) afirma que a educação médica sobre o processo saúde-doença é um componente fundamental na qualidade da atenção, estando ligada à própria relação médico-paciente. Observa que, quando não se estabelece uma relação médico-paciente mas sim uma relação médico-problema, não há transmissão educativa que forme o sujeito de maneira ativa. Para ele, a formação do médico está voltada predominantemente para a determinação de um diagnóstico e de uma série de prescrições que solucionem a doença em um dado momento, encontrando-se pouco habilitado para transmitir os conhecimentos gerados ao

longo da consulta na determinação de um diagnóstico, de tal maneira que possa servir de informação e formação para o paciente.

GOMES (1989) relata que os grupos populacionais que são mais vítimas de inequidade são também aqueles para quem os problemas de comunicação com os profissionais tendem a ser mais sérios.

OSBORNE & THOMPSON (1975) notaram diferenças de condutas entre médicos já formados e residentes quanto à anamnese voltada para aspectos emocionais e não físicos em consultas pediátricas. Houve uma maior preocupação dos residentes em abordar e registrar no prontuário estes aspectos. Para ele, isto deve refletir uma diferença de ênfase durante o treinamento de residência e os anos de prática.

Os resultados obtidos demonstram que a clientela usuária do Ambulatório de Pediatria tem informações adequadas sobre seu problema de saúde, permitindo-lhes assumir um papel ativo no seu tratamento, não se notando inequidade entre as duas clientela estudadas. De fato, isto é esperado num hospital universitário, onde a formação médica necessita privilegiar este aspecto da relação médico-paciente.

Outro indicador de qualidade é o estabelecimento de vínculo entre o médico e o paciente.

DONABEDIAN (1979) ressalta que a atenção médica tem um componente técnico e um interpessoal.

Para KUMATE & ISIBASIS (1986), o aspecto de cuidado do doente tem diminuído consideravelmente nos últimos anos, tornando as ações e manobras médicas a parte mais importante da consulta. Para eles, a relação médico-paciente continua sendo um dos fatores mais importantes na atenção à saúde, e o médico, o fator placebo mais importante, mais buscado, mais consumido e o que tem mais efeitos benéficos sobre o paciente.

AGUIRRE-GAS (1990) considera que a satisfação dos pacientes pelos serviços recebidos tem sido enfocada, nos últimos anos, não em termos do ato médico em si, mas sim de aspectos relacionados com o trato humanitário, a relação médico-paciente, a informação, etc.

Para CAMPOS (1992), o vínculo é um dos elementos essenciais para a instituição de uma prática clínica de qualidade, permitindo tanto aumentar a eficácia das ações de saúde, como introduzir no espaço dos serviços públicos uma das formas de controle social mais efetivas.

A falta de vinculação entre médicos e usuários do Ambulatório Geral de Pediatria nos mostra ser talvez este o maior problema assistencial deste ambulatório, retratando uma situação em que nos serviços públicos de saúde a relação médico-paciente é impessoal e o paciente se vincula ao "serviço" e não a pessoas.

Embora a assistência no Ambulatório de Pediatria envolva um grande número de pessoas (alunos, residentes, médicos contratados e docentes), com rodízios variados, é necessário reverter-se esta situação, criando mecanismos que garantam ao paciente a possibilidade de se vincular a pessoas que sejam responsáveis por todo o seu seguimento no HC.

Neste sentido, CAMPOS (1992) propõe que o vínculo doente-família ocorra não apenas com um único profissional, mas com uma equipe, ficando bem caracterizado de quem é a responsabilidade de cada tarefa, em situações de rotina ou imprevistas. Acreditamos que esta proposta é bastante viável no Ambulatório de Pediatria, inclusive fixando-se dias em que o paciente já saiba que vai ter a oportunidade de chegar ao(s) seu(s) médico(s). O agendamento centralizado num setor específico e controlado por computador precisa ser revisto, para que se possa incorporar esta nova possibilidade.

A satisfação dos usuários de serviços de saúde tem sido tema abordado com frequência cada vez maior na literatura (VELÁZQUEZ, 1978; MORERA, 1981; SOMMERS, 1983; AGUIRRE-GAS, 1990; JESSEE, 1990; RUELAS-BARAJAS et al, 1990; DONABEDIAN, 1992; NOGUEIRA, 1994), como indicador de qualidade da atenção.

NOGUEIRA (1994) afirma que a satisfação do cliente é a meta principal do desenvolvimento de um plano de qualidade.

VELÁZQUEZ (1978) sugere uma correlação entre satisfação e efetividade de um programa.

MORERA (1981), CHÁVEZ et al (1990) e AGUIRRE-GAS (1990) propõem que deva haver um duplo enfoque dos que prestam os serviços de saúde e dos que recebem tais serviços, para se avaliar a qualidade da atenção.

Os resultados desta pesquisa revelam um alto grau de satisfação dos usuários do Ambulatório de Pediatria (93,2%), apesar dos problemas relatados, que não são poucos. Podemos inferir, a partir disto, que ou os problemas enfrentados não são relevantes para os usuários quando comparados com a qualidade da atenção recebida, ou ocorre uma grande submissão deles diante do fato de não terem outra opção de serviço de saúde a ser utilizado ou,

ainda, existe a possibilidade de alguma distorção no próprio instrumento de coleta de informações, o questionário.

THIOLLENT (1987) cita diversas fontes de erro no uso das técnicas de pesquisa, que vão desde erros de amostragem, a tendência a responder mais facilmente "sim" do que "não", a indução da resposta pelos termos da pergunta, etc.

Dos usuários do Ambulatório de Pediatria, 43,4% relataram algum tipo de problema no atendimento, sendo os mais frequentes a morosidade no atendimento (19%), a falta de vinculação com o profissional (6,8%) e o intervalo muito longo entre os retornos (5%).

Nem sempre a não verbalização de uma insatisfação significa que ela não ocorra. XAVIER (1993) não observou no discurso das mães uma crítica explícita aos profissionais e serviços de saúde, porém o recurso utilizado por elas de procurar os serviços de outro tipo de "especialista", as benzedadeiras, implica não só uma atitude de apego às tradições populares de cura, como também revela uma atitude de crítica velada ou de insatisfação diante do saber médico oficial.

CHÁVEZ et al (1990) cita a adequação do espaço físico (iluminação, ventilação, funcionalidade, intercomunicação, sanitários, etc), dos equipamentos em cada área da unidade e dos insumos utilizados como parâmetros relevantes para determinar a qualidade das ações desenvolvidas.

O enfoque da estrutura proposto por DONABEDIAN (1992) presume que uma atenção de qualidade necessita de condições estruturais adequadas.

Os relatos dos pacientes apontam os mais diversos tipos de problemas enfrentados, desde aspectos da área física, organizacionais, de recursos humanos, fluxo, integração e infraestrutura, evidenciando a lógica fragmentária com que funcionam os serviços de saúde no Brasil, não sendo o HC-UNICAMP uma exceção. É esperado que o paciente vivencie naturalmente esta lógica, deslocando-se entre diferentes setores (dentro e fora do HC), totalmente desintegrados entre si, obrigando-o a enfrentar inúmeras filas e submetendo-o a rituais fatigantes, sem que haja, para isto, uma exigência de natureza técnica.

NOGUEIRA (1994) relata que, em muitos países, os serviços de exames complementares são proporcionados de forma integrada ao atendimento ambulatorial. Para ele, a reintegração física e funcional dos serviços é uma exigência da qualidade, vista sob a ótica dos usuários. Trata-se de aplicar princípios organizacionais que resguardem o conforto do usuário e

aumentem a percepção dos profissionais sobre o sentido do conjunto dos atos, o que pode implicar, em certas circunstâncias, na centralização de atribuições dispersas, em um único profissional mais qualificado. O autor não quer negar que a divisão técnica do trabalho em saúde seja um avanço. Todavia, ele faz críticas à rigidez de certas hierarquizações das tarefas em sentido taylorista, repartindo-as em atos de destreza manual e os que envolvem capacidade de raciocínio.

Podemos, deste modo, propor que a satisfação do usuário seja uma meta neste Ambulatório, e que seja avaliada sistematicamente, assim como suas sugestões para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Agendar com horários marcados, levando-se em consideração a procedência do paciente e a forma de transporte utilizado; diminuir ao máximo o número de retornos ao HC para a realização de investigação, procurando discutir com os diversos setores de retaguarda formas de integrar o atendimento ambulatorial com a realização de exames; tornar o espaço físico mais confortável e humanizado, melhorar a informação visual para que o paciente se localize melhor dentro do HC, são algumas propostas de modificações organizacionais não muito complexas e que poderiam refletir numa melhora sensível da qualidade.

A análise das estatísticas hospitalares levantadas na área de informática, mais do que indicar se os dados obtidos são adequados a uma boa atenção ou não, nos permite demonstrar sua escassez e carência de significado. Não há informação sobre alta ambulatorial, fazendo-nos crer que os pacientes, uma vez matriculados no HC, ali se perpetuam. Será esse o papel da instituição ?

A esse respeito, SHEPS (1955) faz uma crítica aos padrões utilizados nas estatísticas hospitalares (qual é o índice bom para um diagnóstico correto, qual deve ser a quantidade de exames laboratoriais, etc), afirmando que a qualidade da atenção não pode ser medida unicamente por indicadores quantitativos, propondo que se examine a conveniência e validade dos padrões. Propõe uma abordagem multidimensional para avaliar a atenção hospitalar, combinando exame de pré-requisitos para uma boa atenção, indicadores para medir o efeito da atenção pelos resultados obtidos, indicadores de elementos da performance e julgamentos clínicos qualitativos.

Cada vez mais se reconhece que não há como mudar a qualidade dos serviços de saúde sem o envolvimento e cooperação de todos os profissionais envolvidos. Assim, a satisfação dos prestadores de serviço é determinante dessa qualidade, segundo relatam diversos autores

(MORERA, 1981; AGUIRRE-GAS, 1990; NOGUEIRA, 1994). AGUIRRE-GAS (1990) considera que a avaliação sistemática da satisfação dos usuários e trabalhadores nos oferece um elemento de juízo excelente para prevenir e corrigir aspectos significativos da atenção, promovendo qualidade e eficiência na atenção médica e na prevenção de conflitos trabalhistas.

Nesta pesquisa, pretendeu-se ouvir a opinião dos docentes do Ambulatório de Pediatria quanto à concepção que têm do seu trabalho envolvendo aspectos de docência, assistência e pesquisa. Constatou-se um alto grau de satisfação em seu trabalho, apesar de todos reconhecerem, de formas diferentes, as principais falhas do serviço.

Há diferentes concepções sobre o papel desempenhado pelo HC-UNICAMP enquanto serviço que integra a rede do Sistema Único de Saúde, constituindo-se no seu mais alto grau de complexidade, bem como sobre o papel da rede básica de saúde.

NERI (1981) observa que, na maioria dos países, a dissociação institucional entre o campo da docência e o dos serviços é a regra mais freqüente. Esta situação favorece a consolidação de grupos com interesses bastante divergentes, quando não incompatíveis: o docente busca abordar seu assunto com rigor e despreocupação de prazos e o administrador busca ansiosamente soluções para seus problemas imediatos. Para ele, uma maior integração entre os níveis acadêmicos e de serviço no campo da investigação possibilita muitos ganhos: fornece aos grupos acadêmicos um vínculo fundamental com as necessidades reais; fornece aos administradores a capacidade de superar o conjuntural, enriquecendo sua visão a médio e longo prazo e permitindo um conhecimento melhor das variáveis que condicionam seu campo; cria condições mais favoráveis para integrar, no nível dos problemas concretos dos serviços, as abordagens provenientes da investigação básica, clínica, epidemiológica e administrativa, condição esta do desenvolvimento futuro dos sistemas de atenção à saúde; oferece muitas oportunidades de utilização dos projetos de investigação com finalidade docente, estimulando a formação de um critério científico na capacitação profissional e de pós-graduação, muito freqüentemente ausente no empirismo com que a mesma ocorre em muitas universidades.

Reconhecendo a importância desta integração serviço-docência e seus efeitos sobre a avaliação de qualidade, quando ela não ocorre, DONABEDIAN (1992) relata que um dos problemas para se avaliar a atenção é o estabelecimento de padrões e estratégias de atenção por médicos centrados nos hospitais e orientados apenas para o âmbito acadêmico.

NOGUEIRA (1994) propõe que a formação de recursos humanos em saúde deve tornar o hospital uma etapa e não o epicentro da capacitação, criando currículos baseados em unidades assistenciais, incluindo intensa prática em ambulatórios e policlínicas comunitárias.

Considerando todos estes aspectos, achamos que o Ambulatório de Pediatria, ao integrar assistência e ensino, se constitui num local privilegiado para formar recursos humanos na área de saúde, para desenvolver pesquisas, propiciando elementos bastante concretos na formulação de políticas de saúde. É necessário, para isto, que tanto docentes quanto os demais profissionais que ali trabalham repensem seu papel assistencial e de ensino, estabelecendo um referencial mínimo de concordância sobre determinados aspectos fundamentais do trabalho realizado. Propomos, assim, a criação de fóruns de debate envolvendo todos os profissionais deste setor e de outros, à medida que forem surgindo questões relativas a eles, que se reúnam periodicamente e fomentem a discussão pela qualidade.

CONCLUSÕES

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga e atual.

Pudemos discutir neste trabalho, diversos enfoques dados tanto à avaliação quanto ao conceito de qualidade da atenção à saúde, ressaltando que a escolha do método está relacionada aos propósitos da avaliação e influi diretamente em seus resultados.

Identificamos três propósitos principais da avaliação: técnico, educacional e enquanto direito dos consumidores.

Constatamos ser, fundamentalmente, um instrumento político que faz parte do processo de gestão e, portanto, recebendo influência do contexto político e institucional.

É um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

Discutimos que a qualidade da atenção à saúde envolve um componente técnico e um interpessoal, além do ambiente físico onde ela ocorre. Estes componentes devem ser avaliados sob a ótica da equidade e da eficiência.

Os resultados desta pesquisa nos permitem concluir que o Ambulatório de Pediatria se constitui num local privilegiado, por ser um serviço de referência dentro das propostas do Sistema Único de Saúde, que integra assistência e docência aliada a toda uma retaguarda tecnológica que poucos serviços em nosso país possuem. Tal fato possibilita aos profissionais que nele atuam ter uma visão crítica sobre a atuação do conjunto da rede de saúde, uma vez que a ele chegam os pacientes que não puderam ter seus problemas de saúde resolvidos em outra instância, demonstrando o limite de capacidade dessa rede em ser resolutive. Este vínculo com a realidade fora do âmbito hospitalar é fundamental na formação de alunos e residentes, devendo permear todo o processo de aprendizagem.

A preocupação com a qualidade, a reflexão crítica e o envolvimento de todos os profissionais que ali atuam na solução dos diversos problemas apontados tanto por usuários quanto por profissionais devem fazer parte de seu cotidiano, dentro da perspectiva de respeito à cidadania.

Na medida em que os usuários dos serviços públicos forem efetivamente colocados em primeiro lugar, resgatando-se o caráter público de tais serviços, a construção de novas lógicas na sua organização deverá buscar formas mais humanizadas de compreender e atender às necessidades dos que os buscam.

O desenvolvimento de uma "cultura pela qualidade" permitirá criar um ambiente de cooperação, responsabilidade e dedicação no trabalho, possibilitando que a qualidade técnica e interpessoal dos serviços de atenção à saúde seja alcançada, bem como a elevação do nível de satisfação, tanto dos profissionais como dos pacientes.

Parafrazeando Nogueira, pergunto: "Estaremos prontos para aceitar o desafio de criar em nós mesmos um serviço centrado no respeito pela dignidade humana?"

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS QUE CARACTERIZEM A CLIENTELA QUE FREQUENTA OS AMBULATÓRIOS DE PEDIATRIA DO HC UNICAMP.

Entrevista n. _____ Data _____ HC _____

Idade _____ Sexo _____

Vínculo previdenciário _____

Convênios/seguros-saúde S () N ()

Chefe de família P () M () O ()

Ocupação _____

tipo _____

posição _____

condição _____

Mãe ocupação _____

Quem cuida da criança _____

Renda familiar _____ US\$ _____

Nº pessoas _____

Renda per capita _____

Escolaridade do pai _____

Escolaridade da mãe _____

Procedência município _____

Locomoção _____

Encaminhamento ao HC S () N ()

Qual serviço? _____

Prazo de agendamento _____

Frequentou outros serviços de saúde antes, devido a esse problema de saúde? S () N ()

Quais serviços? 1) _____
2) _____
3) _____

Sabe o que a criança tem? _____

Diagnóstico referido _____

Melhorou? _____

A que atribui? _____

Quem é o médico da criança? _____

Sabe os cuidados e orientações em relação à criança? _____

Busca outros serviços quando a criança adoecer? _____

Serviços para urgências _____

Você está satisfeito com o atendimento neste HC? _____

Há problemas e falhas no atendimento? _____

Teria sugestões para melhorar? _____

Hora de chegada _____ Minuto de chegada _____

Hora de saída _____ Minuto de saída _____

ANEXO II

ENTREVISTA COM MÉDICOS (DOCENTES + CONTRATADOS) QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA NOS AMBULATÓRIOS DE PEDIATRIA.

PED. CLIN () ESPECIALIDADE ()

1. Na sua opinião, qual o papel do HC ?

2. Na sua opinião, qual o papel do CS ?

3. Que problemas de saúde o HC deve atender ?

4. Que problemas de saúde a rede básica deve atender ?

5. Para você, que fatores limitam a capacidade de um médico na rede básica em resolver problemas de saúde ou atender adequadamente ?

6. Você já devolveu algum paciente para ser seguido em seu local de origem ? S () N ()

Exclusivamente () Conjuntamente ()

Por quê?

7. Você já enviou contra-referência ? S () N () Por quê?

8. Este ambulatório, na sua opinião, é um bom local para o aprendizado dos alunos de medicina ? S () N () Por quê?

9. Você acha que o ensino modifica o perfil dos problemas de saúde atendidos no ambulatório de Pediatria do HC ? S () N () Por quê?

10. Você acha satisfatória a qualidade da atenção no ambulatório de Pediatria do HC ?

S () N ()

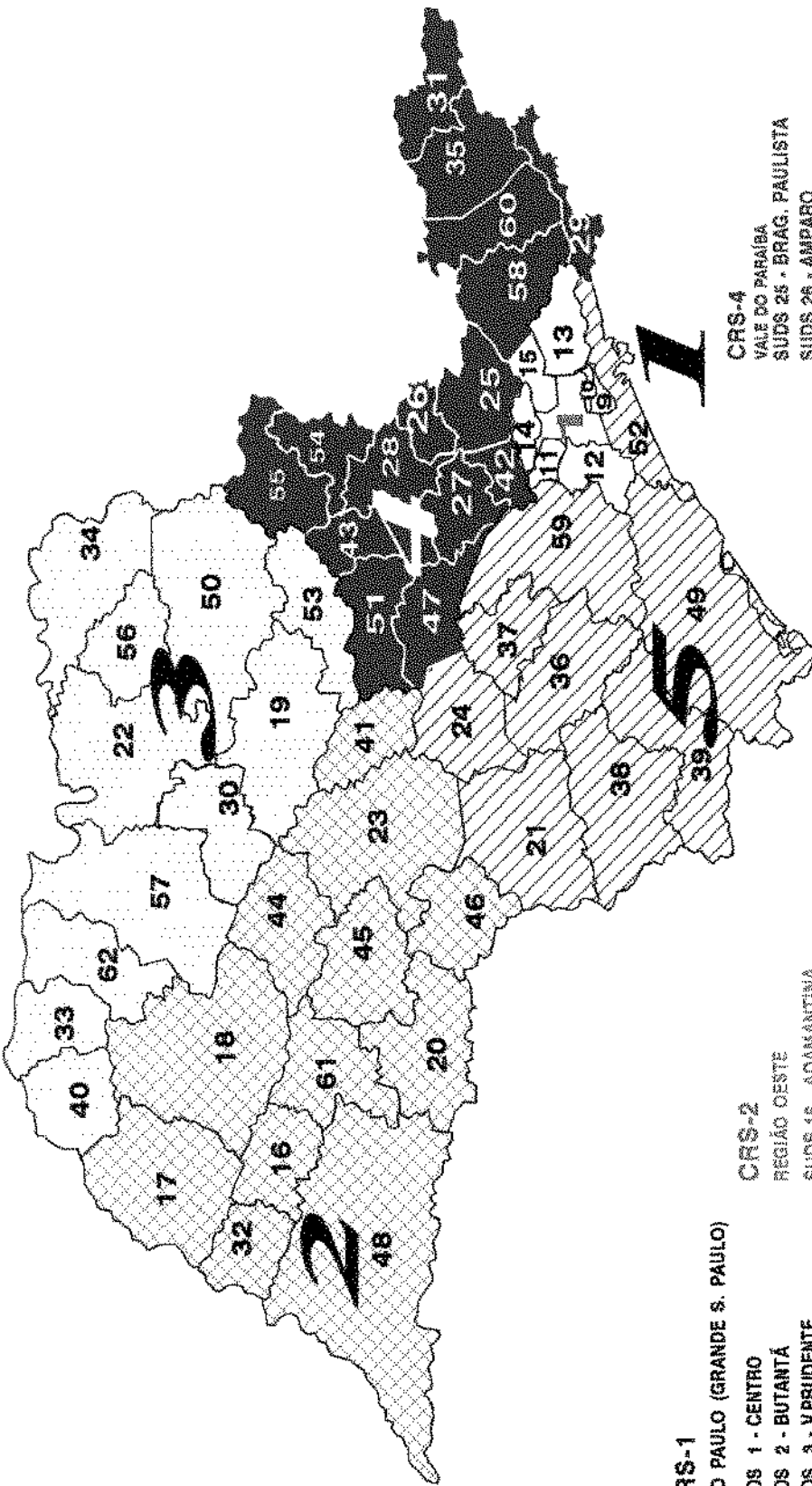
11. Na sua opinião, quais são as principais falhas ? _____

12. Que sugestões você daria para melhorar a qualidade da atenção prestada ?

13. Você acha possível manter uma boa relação médico-paciente neste ambulatório ?

S () N () Por quê ? _____

ANEXO III OS ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO



- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>CRS-1
SÃO PAULO (GRANDE S. PAULO)</p> <p>SUDS 1 - CENTRO
SUDS 2 - BUTANTÃ
SUDS 3 - V. PRUDENTE
SUDS 4 - PENHA
SUDS 5 - ITAQUERA
SUDS 6 - MANDAQUI
SUDS 7 - PIRITUBA
SUDS 8 - ST. AMARO
SUDS 9 - ST. ANDRÉ
SUDS 10 - MAUÁ
SUDS 11 - OSASCO
SUDS 12 - IT. SERRA
SUDS 13 - M. CRUZES
SUDS 14 - CAIEIRAS
SUDS 15 - GUARULHOS</p> | <p>CRS-2
REGIÃO OESTE</p> <p>SUDS 16 - ADAMANTINA
SUDS 17 - ANDRADINA
SUDS 18 - ARAÇATUBA
SUDS 19 - ASSIS
SUDS 20 - SAURU
SUDS 21 - DRACENA
SUDS 22 - JAU
SUDS 23 - LINS
SUDS 24 - MARÍLIA
SUDS 25 - OURINHOS
SUDS 26 - PRES. PRUDENTE
SUDS 27 - TUPÁ</p> | <p>CRS-3
REGIÃO NORTE</p> <p>SUDS 28 - ARARAQUARA
SUDS 29 - BARRETOS
SUDS 30 - CATANDUVA
SUDS 31 - FERNANDÓPOLIS
SUDS 32 - FRANCA
SUDS 33 - JALES
SUDS 34 - RÍO PRETO
SUDS 35 - VOTORANOA</p> | <p>CRS-4
VALE DO PARAÍBA</p> <p>SUDS 36 - BRAG. PAULISTA
SUDS 37 - AMPARO
SUDS 38 - CAMPINAS
SUDS 39 - MOGI MIRIM
SUDS 40 - CARAQUATUBA
SUDS 41 - CRUZEIRO
SUDS 42 - GUARATINGUETÁ
SUDS 43 - JUNDIAÍ
SUDS 44 - LIMEIRA
SUDS 45 - PIRACICABA
SUDS 46 - RIO CLARO
SUDS 47 - S. JOÃO DA BOA VISTA
SUDS 48 - CASA BRANCA
SUDS 49 - S. JOSÉ DOS CAMPOS
SUDS 50 - TAUBATÉ</p> | <p>CRS-5
REGIÃO SUDESTE</p> <p>SUDS 51 - AVARÉ
SUDS 52 - BOTUCATU
SUDS 53 - ITAPETINGA
SUDS 54 - TATUI
SUDS 55 - ITAPEVA
SUDS 56 - CAPIÃO BONITO
SUDS 57 - REGISTRO
SUDS 58 - SANTOS
SUDS 59 - BOROÇABA</p> |
|--|--|--|--|--|

SUMMARY

The Paediatric Ambulatory of the Hospital of Clinics of Unicamp was studied, a didactic-practical ambulatory that, inserted in the Unique System of Health, affords secondary and tertiary assistance to children aged 0 to 18. For the qualitative valuation of this ambulatory, 221 questionnaires among the users of the Paediatrics General Ambulatory and in one of the subspecialties were realized and statistical data were surveyed in the informatics area of the CH, permitting several comparisons, according to the characteristics of the practice, of the reference and of quality indexes of the medical assistance. A predominance of children aged under 6 was found, whose parents are employees, most of them with a social welfare link and without medical convention, with a low level of income and of instruction. It was noted that the demand on the HC is regionalized and comes mainly from the public sector. The analysed quality indexes show a high degree of satisfaction of the users although there is a very small link between doctor and patient. The practice of the specialty differed from the one of the general ambulatory with regard to several indexes. The statistical data show a low concentration of consultation, examination and procedures.

Seventeen interviews with contracted doctors and professors acting in these ambulatories were realized, approaching their conceptions about the services with several levels of complexity of the health network, their knowledge and adherence to the system of reference and counter-reference of the ambulatory of an universitarian hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE-GAS, H. - Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. **Salud Pública Méx.**,32: 170-80, 1990.
- ALTMAN, I. - **Distances traveled for physician care in Western Pennsylvania.** Washington, SSP n.248, 1954. p.23-32. (Segunda parte de la Monografía de Salud Pública, 19; Oficina de Imprenta del Gobierno de los EUA).
- BARAJAS, E.R. - Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. **Salud Pública Méx.**, 32: 108-9, 1990.
- BARROS, M.B.A. - A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde Pública**,20: 269-73, 1986.
- BROOK, R.H. & LOHR, K.N. - Quality of care assessment: its role in the 1980s. **Am. J. Public Health**,71: 681-2, 1981.
- CAMPERO-CUENCA, L. - Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. **Salud Pública Méx.**,32: 192-204, 1990.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n.37, 1992. p.16-19.
- CARVALHEIRO, J.R. - La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Cocoyoc, México, 1984. Memorial. Cocoyoc, 1984. p.121-41.

CHÁVEZ, M.R.; MARTÍNEZ-NARVÁEZ, G.; CALVO-RÍOS, J.M.; AGUIRRE-GAS, H.; ARANGO-ROJAS, R.; LARA-CARREÑO, R.; CAMINOS-CHÁVEZ, M.I.; ORTÍZ-SOLALINDE, G.; UGALDE-GRAJEDA, E.; HERRERA-LASSO, F. - Bases para a evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. **Salud Pública Méx.**,32: 156-69, 1990.

CLUTE, K.F. - **The general practitioner: a study of medical education and practice in Ontario and Nova Scotia.** Toronto, Canada, University of Toronto Press, 1963.

CODMAN, E.A. - El producto de los hospitales. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.1-8. (Publicación Científica, 534).

CORDERO, A.L. - The determination of medical care needs in relation to a concept of minimal adequate care: An evaluation of the curative outpatient services in a rural health center. **Med. Care**,2: 95-103, 1964.

DE GEYNDT, W. - Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. **Salud Pública Méx.**,28:221-9, 1986.

DEMING, W.E. - **Qualidade: A revolução da administração.** Rio de Janeiro, Marques Saraiva, 1990. 367p.

DE VISÉ, P. - **Hospital study districts for metropolitan Chicago: a geographic analysis and methodology.** Chicago, Consejo de Planeación de Hospitales para el Área Metropolitana de Chicago, 1966. (Informe técnico 21). 75p.

DONABEDIAN, A. - Cándido em el país de la investigación en servicios de salud. **Salud Pública Méx.**,29: 520-30, 1987.

- DONABEDIAN, A. - Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. **Evaluation and the health professions**,6: 363-75, 1983.
- DONABEDIAN, A. - The quality of medical care: a concept in search of a definition. **J Fam Pract** 2: 277-84, 1979.
- DONABEDIAN, A.; WYSZEWIANSKI, L.; WHEELER, J.R.C. - Calidad, costo y salud: un modelo integrador. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.809-27. (Publicación Científica, 534).
- ESCUDERO, P. - Bases para una propuesta de instrumentación que permita evaluar condiciones de eficiencia y capacidad resolutive de servicios de salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1989. 105p.
- FESSEL, W.J. & VAN BRUNT, E.E. - Assessing quality of care from the medical record. **N. Engl. J. Med.**,286: 134-8, 1972.
- GOMES, E.G. - Marco conceptual y consideraciones metodológicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1989. 60p.
- HORWITZ, A. - Por qué no evaluamos y por qué debemos hacerlo? **Salud Pública Méx.**,20: 171-6, 1978.
- JAPIASSU, H.F. - **Introdução ao pensamento epistemológico**. São Paulo, Livraria Francisco Alves editora. p.15-18.
- JESSEE, W.F. - Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. **Salud Pública Méx.**,32: 131-7, 1990.

- JURAN, J.M. - **A qualidade desde o projeto - Novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços.** 2.ed. São Paulo, Pioneira, 1992. 551p.
- KALUSNY, A.D. & VENEY, J.E. - Evaluation and decision-making for health services programs. Englewood Cliffs, NJ: **Prentice-Hall**,1-40, 1984.
- KANE, R.L. - Determination of health care priorities and expectations among rural consumers. **Health Serv. Res.**,4: 142-51, 1969.
- KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER, J. - Assessing health quality. The case for tracers. **N. Engl. J. Med.**,288(4): 189-94, 1973.
- KUMATE, J. & ISIBASIS, A. - Investigación clínica y la calidad de la atención médica. **Salud Pública Méx.**,28: 318-23, 1986.
- LAGUNA-CALDERÓN, J. & SALINAS-OVIEDO, C. - Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. **Salud Pública Méx.**,32: 221-4, 1990.
- LEE, R.I. & JONES, L.W. - **The fundamentals of good medical care.** Chicago, University of Chicago Press, 1933. (Publications of the Committee on the Costs on Medical Care, 22).
- LYONS, T.F. & PAYNE, B.C. - The relationship of physicians' medical recording performance to their medical care performance. **Med. Care**,12: 463-9, 1974.
- MAGALHÃES, L.B. - **Avaliação do sub-programa de assistência à saúde da criança em dois postos de saúde de Londrina, Paraná.** São Paulo, 1983. Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

- MORERA, R.G. - Enfoque metodológico de la investigación aplicada en los servicios de salud. **Educ. Med. Sal.**,15: 21-9, 1981.
- NERI, A. - Infraestructura para el desarrollo de investigaciones aplicadas a servicios de salud. **Educ. Med. Sal.**,15: 30-9, 1981.
- NOGUEIRA, R.P. - **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 1994. 176p.
- NOVAES, H.M. - **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde- SILOS. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina.** São Paulo, Pioneira, 1990. 202p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **The principles of quality assurance. EUROreports and Studies n.94,** Copenhagen, OMS, 1985.
- OSBORNE, C.E. & THOMPSON, H. - Criteria for evaluación of ambulatory child health care by chart audit: development and testing of a methodology. **Pediatrics**,56: 625-92, 1975.
- ROSENTHAL, G.D. - Estudios de costo-beneficio. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Queretaro, México, 1978. Memorial. Queretaro, 1978. p.108-13.
- RUELAS-BARAJAS, E.; REYES-ZAPATA, H.; ZURITA-GARZA,B.; VIDAL-PINEDA, L.M.; KARCHMER, S. - Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. **Salud Pública Méx.**,32: 207-20, 1990.

- RUELAS-BARAJAS, E. & VIDAL-PINEDA, L.M. - Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. **Salud Pública Méx.**,32: 225-31, 1990.
- RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD, C.G.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.B. - Como medir la calidad de la atención médica: un metodo clínico. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.703-14. (Publicación Científica, 534)
- SCHLAEPFER-PEDRAZZINI, L. & INFANTE-CASTAÑEDA, C. - La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. **Salud Pública Méx.**,32: 141-55, 1990.
- SHEPS, M.C. - Approaches to the quality of hospital care. **Public Health Rep.**,70: 877-86, 1955.
- SOMMERS, P. - Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes. **Bol. Oficina Sanit Panam** 94(1): 54-75, 1983.
- THIOLLENT, M.J.M. - **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5.ed. São Paulo, Editora Polis, 1987. 270p.
- VELÁZQUEZ, H.A. - Desarrollo de instrumentos de medición para la evaluación de servicios médicos. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Queretaro, México, 1978. Memorial. Queretaro, 1978. p.90-102.
- XAVIER, I.B. - Imagens e realidade de pais e mães acerca da perda de filhos. **Psicologia, ciência e profissão**, n.1 a 4: 4-9, 1993.

YEPEZ, F.J. - La investigación de servicios de salud. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Cocoyoc, México, 1984. Memorial. Cocoyoc, 1984. p.143-51.

FONTES CONSULTADAS

GUEDES, M.L.S. & GUEDES, J.S. - **Bioestatística para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro, Ao livro técnico - CNPQ, 1988. p.78-164.