

Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário*

Evaluation of access to the pediatric service of a university hospital

Selma C. Franco e Gastão W. de S. Campos

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (FCM/ UNICAMP). Campinas, SP - Brasil (S.C.F.), Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP. Campinas, SP- Brasil (G.W.S.C.)

FRANCO, Selma C. Gastão W. de S. Campos *Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário** Rev. Saúde Pública, 32 (4): 352-60, 1998

Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário*

Evaluation of access to the pediatric service of a university hospital

Selma C. Franco e Gastão W. de S. Campos

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (FCM/ UNICAMP). Campinas, SP - Brasil (S.C.F.), Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP. Campinas, SP - Brasil (G.W.S.C.)

Resumo

Introdução	No Brasil verifica-se um descompasso entre o aumento das necessidades de atenção à saúde e de sua oferta. O Sistema Único de Saúde, cujas diretrizes preconizam a atenção universal e equânime, determina a relevância desta temática dentro do campo da avaliação dos serviços de saúde. Assim, foram estudados dois ambulatórios de pediatria de um hospital universitário, um geral e outro de uma subespecialidade (pneumologia), comparando os usuários quanto ao acesso.
Método	Foram aplicados 221 questionários entre clientes de ambos os ambulatórios de pediatria com o objetivo de se estudar e comparar variáveis socioeconômicas, procedência, acesso aos referidos ambulatórios e outros serviços de saúde.
Resultados	Evidenciou-se grande dificuldade de locomoção dos pacientes, a maioria dos quais são encaminhados por serviços de saúde locais. Dos pacientes atendidos 40% não receberam nenhum atendimento anteriormente à sua chegada ao hospital, fato que decorre principalmente de seu baixo nível socioeconômico, que os torna dependentes exclusivamente dos serviços públicos de saúde. A comparação entre os dois ambulatórios mostra que os pacientes do ambulatório de especialidade têm melhor nível socioeconômico e são menos dependentes dos serviços públicos, configurando desta forma uma situação de inequidade.
Conclusões	É apontado o melhor nível socioeconômico dos usuários da especialidade bem como questões organizacionais do próprio serviço como os responsáveis pela iniquidade verificada. Acesso aos serviços de saúde. Assistência ambulatorial. Serviços de saúde infantil.

*Baseado em tese intitulada "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". Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Apresentado no II Congresso Brasileiro de Pediatria Ambulatorial, Fortaleza, CE, 1996.

Correspondência para/Correspondence to: Selma Cristina Franco - Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo - Caixa Postal 6111 - 13083-970 Campinas, SP - Brasil. E-mail: sfranco@obelix.unicamp.br

Edição subvencionada pela FAPESP (Processo nº 97/09815-2).

Recebido em 13.1.1997. Reapresentado em 27.3.1998. Aprovado em 22.4.1998.

Abstract

Introduction

In Brazil, one can verify an imbalance between the increase in the need for health care and its supply. The consolidation of the National Health System which recommends universality and equity in care, makes this issue important in the field of health service evaluation. Two pediatric services in a university hospital, one general and the other specialized are studied and compared in terms of their clients' access.

Method

Questionnaires were applied to 221 users of the general pediatrics outpatient departments of one of the specialties with a view to studying and comparing socioeconomic and several other variables related to the access to these and other health services.

Results

A high level of difficulty in the users' locomotion from local health services to the hospital was noted. Of the patients attended, 40% did not receive any kind of care before their arrival and were dependent exclusively on State-run health services. The clients of the speciality were different as regards several variables when compared to the users of the general outpatients' department. The fact that they are at a better socioeconomic level and are less dependent on State-run services brings out the social inequalities involved.

Conclusion

Socioeconomic conditions, as well as organizational aspects of the service, are seen to be both causes and consequences of social inequality verified.

Ambulatory services accessibility. Ambulatory care. Child health.

INTRODUÇÃO

Neste momento em que a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diversos problemas (carência de recursos, organização deficiente, má qualidade da assistência e outros), torna-se necessário repensar estratégias para enfrentá-los. Neste sentido, a avaliação dos serviços de saúde constitui-se num instrumento fundamental para nortear o planejamento, a gerência, a reorientação das políticas de saúde e a alocação de recursos.

A preocupação com a qualidade e a avaliação dos serviços não é recente, tendo sido tema amplamente debatido, em nível mundial, sob os mais diversos enfoques, nas últimas seis décadas¹². No Brasil, apenas na última década é que se delimitou esta preocupação, inicialmente direcionada pelas políticas estatais para a extensão de cobertura e, mais recentemente, para uma melhoria da qualidade da atenção prestada^{3,6}.

Várias têm sido as abordagens conceituais e metodológicas propostas para avaliar os serviços de saúde^{5,9,11,12,19} refletindo principalmente as diferentes concepções existentes sobre a qualidade da atenção à saúde. Este arsenal metodológico, desenvolvido por autores e organismos internacionais, com o intuito de avaliar os serviços, tem utilizado aspectos tais

como eficiência, efetividade, impacto, suficiência, qualidade técnico-científica, satisfação dos consumidores e prestadores de serviços, equidade e acessibilidade^{1,9,11,12,13,14,16,17,21}. A escolha do método de avaliação irá certamente influenciar ou mesmo ditar os resultados obtidos¹⁸.

A discussão sobre um desses aspectos, o da suficiência na oferta de serviços, reconhece que qualidade e quantidade são inseparáveis. No Brasil, a constatação da insuficiência na oferta de serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com o descompasso entre o aumento das necessidades, da oferta e dos investimentos, remete necessariamente à discussão sobre equidade e acessibilidade.

A inequidade, ou seja, o acesso diferenciado para diferentes segmentos populacionais, ocorre devido às características dos indivíduos na estrutura social ou por características do sistema de saúde¹². Assim, diante do crescimento populacional, torna-se necessário buscar fórmulas que permitam aos serviços de saúde aumentar sua cobertura para satisfazer necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais equitativa, eficiente e efetiva³.

Embora durante muitos anos os esforços tenham sido dirigidos primordialmente para o desenvolvimento de metodologias para avaliar a

qualidade dos serviços de saúde, a inclusão de considerações sobre o acesso a eles é fato recente¹⁰.

O estudo de aspectos específicos do acesso, como distância percorrida em busca de atenção à saúde^{2,7,8,15}, horário de funcionamento dos serviços e tipo de clientela, subjetividade da escolha dos serviços²⁰, acessibilidade a medicamentos, vacinação e outros²², torna possível implementar modificações organizacionais em conjunto com outros serviços de saúde dentro de uma região, visando a atender de forma equitativa às necessidades daqueles que se utilizam destes. Assim, a discussão sobre regionalização e acessibilidade caminham juntas, na medida em que são dois conceitos intimamente relacionados.

Dentro deste contexto, as avaliações de serviços de saúde abordando a acessibilidade são de grande relevância ao permitirem a organização dos mesmos em busca da equidade e do acesso universal. Trata-se, antes de tudo, de um posicionamento dentro de uma perspectiva ética e de direito de cidadania.

Os objetivos do presente trabalho são: Caracterizar as clientelas que se utilizam de um ambulatório geral de pediatria e de uma subespecialidade pediátrica (pneumologia), verificando suas semelhanças e diferenças, sob a ótica da equidade, estudar aspectos relativos à acessibilidade dos usuários aos ambulatórios.

MÉTODO

Caracterização do Ambulatório Estudado

O presente estudo foi realizado em ambulatório de pediatria de um hospital universitário. Inserido no SUS, o ambulatório realiza a atenção secundária e terciária de crianças na faixa etária de 0 a 18 anos, sem delimitação de área de cobertura. No ambulatório geral atende-se a amplo espectro de doenças de maior complexidade, refletindo indiretamente o grau de resolutividade da rede de saúde, já que todos os casos encaminhados ao hospital universitário passam obrigatoriamente por ela. Para a finalidade deste estudo, além do ambulatório geral, o ambulatório de especialidade (pneumologia) foi selecionado pelo grande movimento que possui, podendo representar as especialidades quanto aos aspectos estudados.

O atendimento no ambulatório geral, os casos são atendidos indistintamente por alunos e residentes com supervisão de docentes. Os primeiros se revezam neste estágio a cada 30 dias e os últimos a cada 10 semanas. Tenta-se fazer com 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 difícil, devido ao longo intervalo entre as consultas. No ambulatório de especialidade, o

atendimento é realizado por residente de segundo ano, com supervisão de docentes do setor. Também procura-se assegurar o seguimento dos casos pelo mesmo residente o que nem sempre acontece.

Coleta de Informações

Entre maio e outubro de 1993 foram selecionadas duas amostras da população estudada: 155 acompanhadas de pacientes do ambulatório geral e 66 do especializado em pneumologia, totalizando 221 acompanhantes. Foram selecionados os acompanhantes que apenas compareceram a consultas de retorno, uma vez que as respostas a diversas questões implicavam conhecimento prévio do funcionamento dos referidos ambulatórios. Os questionários foram aplicados aos acompanhantes imediatamente antes das consultas sempre pela mesma entrevistadora, eliminando-se assim problemas relativos a padronizações de perguntas/respostas. O tamanho das duas amostras foi calculado a partir dos dados da média mensal de produção dos referidos ambulatórios no ano de 1992, utilizando-se o calculador estatístico STATCALC do programa Epi Info versão 5.01b, considerando-se na aplicação de teste de proporções um $p=0,5$ e uma imprecisão de 10% com probabilidade de 95%. Foram comparadas as diversas variáveis estudadas em cada um dos ambulatórios (geral e especialidade) mediante o teste do qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5%. Os cálculos foram realizados pelo programa Epi Info 6.0, através de seu calculador estatístico EPITABLE.

RESULTADOS

Vínculo Previdenciário

Da clientela que frequenta o ambulatório de pediatria, 75,6% possui vínculo previdenciário, indicando sua inserção formal no mercado de trabalho. Ao se analisar separadamente os dois ambulatórios estudados, não se nota diferença estatística ($p=0,699$).

Convênio Médico

Da clientela que frequenta o ambulatório de pediatria, 81% não possuem nenhum tipo de convênio médico. Ao se analisar separadamente pela amostra, verifica-se que o percentual sobe para 85,2 na clientela do ambulatório geral e diminui para 71,2% no de especialidade, sendo esta diferença significativa estatisticamente ($p=0,015$). Este resultado mostra a iniquidade do sistema, uma vez que o acesso ao ambulatório de especialidade dá-se 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.

Para se avaliar o nível socioeconômico da clientela, utilizaram -se cinco indicadores:

Frações de Classe Social

A distribuição da clientela por frações de classe social, de acordo com a classificação usada (Barros⁴, 1986), mostra um predomínio das classes “proletariado” (45,7%) e “subproletariado” (31,7%), conforme Tabela 1.

Ao subdividir a amostra, de acordo com o ambulatório freqüentado, verifica-se haver uma diminuição significativa da classe subproletariada na clientela do ambulatório de especialidade. Já nas classes proletariada e pequena burguesia, não houve diferença significativa.

Posição na Ocupação

Quando se estuda a distribuição da clientela nesta variável, nota-se predomínio de assalariados e autônomos tanto na clientela total, como em cada

um dos ambulatórios estudados (Tabela 2).

Ao separar as clientelas do ambulatório geral e da especialidade verifica-se que, embora neste último aumentem as freqüências de assalariados, autônomos e empregadores, esta diferença não é significativa estatisticamente. Foi todavia significativa a diminuição nos indivíduos fora da PEA, observada na especialidade quando comparada com o ambulatório geral.

Condição na Ocupação

Evidencia o predomínio de trabalhadores nos ambulatórios estudados conforme Tabela 3.

Com a análise em separado de cada ambulatório, 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 indicadores revela-nos que as diferenças entre as duas clientelas freqüentadoras

Tabela 1 - Distribuição da clientela quanto a frações de classe social.

Frações de classe social	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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	155	100	66	100

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios, mostra os seguintes valores de p: Burguesia empresarial ($p = ?$); Pequena burguesia ($p = 0,19$); Subproletariado ($p = 0,0017$); Proletariado ($p = 0,085$).

Tabela 2 - Distribuição da clientela quanto à posição na ocupação.

Posição na ocupação	Total		Ambulatório geral		Ambulatório especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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

Nota: A análise estatística, comparando-se os dois ambulatórios mostra os seguintes valores de p: Assalariado ($p = 0,310$); Autônomo ($p = 0,480$); Empregador ($p = 0,455$); Fora PEA ($p = 0,010$).

PEA = População Economicamente Ativa

Tabela 3 - Distribuição da clientela quanto à condição na ocupação.

Condição na ocupação	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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
Trabalhador	182	82,4	121	78,1	61	92,4
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: Pensionista ($p = ?$); Aposentado ($p = 0,259$); Desempregado ($p = 0,048$); Trabalhador ($p = 0,010$).

dos ambulatórios geral e especialidade concentram-se nas inserções socioeconômicas marginais, ou seja, há mais subproletários, desempregados e indivíduos fora da PEA no ambulatório geral do que na especialidade. Esta situação retrata novamente a iniquidade do sistema de saúde, visto que o acesso ao ambulatório da especialidade se dá preferencialmente para uma população de melhores condições socioeconômicas.

Renda Familiar

Pela Tabela 4 pode-se verificar a distribuição da renda familiar da população estudada.

Verifica-se 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.

Renda Per Capita

A distribuição da clientela de acordo com a renda per capita mostra a mesma situação descrita para a renda familiar, isto é, baixa renda per capita (35% recebem menos de US \$ 35 per capita), sem haver diferença significativa entre os dois ambulatórios estudados.

Outro conjunto de variáveis estudado refere-se à

região e serviços de procedência, além da forma de transporte utilizado.

Região de Procedência

A Tabela 5 mostra a distribuição da clientela segundo a região de procedência.

Há predomínio importante da macrorregião 4 sobre as demais. Trata-se da região que compreende o ERSA-27, no qual está localizado o Município de Campinas, o qual foi excluído e considerado à parte. Incluído esse município, a região 4 totaliza 85,9% dos atendimentos realizados pelos ambulatórios de pediatria. Esta situação repete-se 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. Este resultado leva à conclusão de que o atendimento do ambulatório de pediatria respeita o princípio da regionalização do sistema de saúde.

Meio de Locomoção

Nota-se (Tabela 6) relação entre o meio de locomoção e a região de procedência, ha-

Tabela 4 - Distribuição da clientela quanto à renda familiar.

Renda	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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	100,03	155	100,0	66	100,0

Nota: A análise estatística mostra os seguintes valores de p para cada faixa de renda: 00-100 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).

Tabela 5 - Distribuição da clientela quanto à região de procedência.

Região de procedência	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Macrorregião 2	1	0,5	1	0,6	-	-
Macrorregião 3	1	0,5	-	-	1	1,5
Macrorregião 4	132	59,7	89	57,4	43	65,2
Macrorregião 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.

Tabela 6 - Distribuição da clientela quanto ao meio de locomoção.

Meio de locomoção	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alugado	1	0,5	1	0,6	-	-
Outro	2	0,9	2	1,3	-	-
Ônibus intermunicipal	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
Transporte/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.

vendo uma dependência do usuário em relação ao transporte fornecido pelas prefeituras (39,8%). Não há diferença estatisticamente significativa entre os dois ambulatórios estudados.

Encaminhamento ao Hospital

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 hospital (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 hospital, provavelmente ocorra por se tratar de um ambulatório onde seja obrigatória a passagem de qualquer paciente antes de ter acesso às especialidades pediátricas. Deste modo, esses pacientes que chegam através de amizade com funcionários do hospital ou outras maneiras não institucionais conseguem o acesso,

independentemente da complexidade da patologia.

Serviço que Encaminhou

Juntamente com os serviços pelos quais ele passou antes de chegar até o hospital permite visualizar, sob uma ótica interessante, o funcionamento do sistema de saúde (Tabela 7).

A clientela que frequenta o ambulatório de pediatria vem encaminhada, em sua maioria, por centros de saúde ou outros ambulatórios públicos (INAMPS, SESI, IAMSPE, sindicato rural, e outros). Em segundo lugar, vem a demanda gerada pelo próprio hospital universitário 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 hospital universitário), 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 dá-se para uma clientela específica, que tem, em boa

Tabela 7 - Distribuição da clientela quanto ao serviço que encaminhou.

Serviço que encaminhou	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem encaminhamento	19	8,6	17	11,0	2	3,0
Ambulatóri/CSaúde	101	45,7	70	45,2	31	47,0
UNICAMP	31	14,0	25	16,1	6	9,1
Hospital público*	29	13,1	21	13,5	8	12,1
Convênio médico	20	9,0	10	6,5	10	15,2
Particular**	12	5,4	5	3,2	7	10,6
Outro município	8	3,6	6	3,9	2	3,0
Outro (Escola)	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/ encaminhamento - p= 0,054; Ambulatório/CSaúde - p= 0,804; UNICAMP - p= 0,167; Hospital público - p= 0,773; Convênio médico - p= 0,039; Particular - p= 0,044; Outro município - p= 0,850.

*UNICAMP= Universidade Estadual de Campinas (Pronto-socorro, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Especialidades).

** Particular = hospital ou médico particular

parte, acesso também ao setor privado, que passa a não arcar com este tipo de atendimento especializado, repassando-o ao setor público.

Da demanda gerada pelo próprio hospital universitário (31), o principal contingente vem via Pronto Socorro (21), seguido do CAISM (7), de amizades dentro do hospital (2) e, 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.

A análise destes encaminhamentos 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.

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.

Frequência a Outro Serviço de Saúde

Esta variável mostra se o paciente, antes de chegar ao hospital universitário, havia frequentado 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 na Tabela 9.

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 percentagem é elevada ou se, de fato, todos esses pacientes deveriam ter sido encaminha-

Tabela 8- Distribuição da clientela quanto ao prazo de agendamento.

Prazo de agendamento	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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.

Tabela 9 - Distribuição da clientela quanto à frequência a outro serviço de saúde.

Frequência a outro serviço	Total		Ambulatório geral		Ambulatório de especialidade	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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.

Prazo de Agendamento

Referente à primeira consulta foi uniforme nos dois ambulatórios estudados, onde cerca de 22% são agendados dentro do prazo de 7 dias e a mediana foi de 30 dias (Tabela 8). 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 8).

A única diferença estatística encontrada nesta variável foi quanto ao desconhecimento do paciente sobre o prazo de seu agendamento, que é maior entre

dos 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 percentagem eleva-se para 47,7% e no de especialidade cai para 24,2%, mostrando serem os pacientes que frequentam o ambulatório de especialidade mais investigados antes de chegar ao hospital universitário. Conforme já se observou anteriormente, esta última clientela é justamente a que tem mais acesso a outros serviços de saúde, o que lhe permite alguma investigação antes de ser encaminhado.

COMENTÁRIOS

Os resultados possibilitam concluir que a clientela que frequenta o ambulatório de pediatria (geral e especialidade) possui, em sua maioria, vínculo previdenciário, mas não convênios médicos. Os indicadores socioeconômicos evidenciam ser, predominantemente, assalariados (proletários e subproletários), com baixo nível de renda. Já entre os usuários do ambulatório da especialidade, encontraram-se diferenças nos indicadores estudados que revelam tratar-se de uma clientela de melhores condições socioeconômicas. Foi estatisticamente significativa a maior proporção de pessoas conveniadas a outros serviços de saúde. Quanto à inserção social propriamente dita, foi menor percentagem de indivíduos subproletários, fora da PEA e desempregados, ou seja, houve menos pessoas com inserção socioeconômica marginal. Esta diferenciação das duas clientelas permite demonstrar o acesso privilegiado ao ambulatório da especialidade, que representa a última instância de complexidade dentro do sistema de saúde, configurando uma clara situação de inequidade.

Com referência à constatação de que a assistência é altamente regionalizada. Isto insere a vantagem de se planejar a partir de uma área geograficamente definida, possibilitando a implantação racional de recursos de saúde, organizados hierarquicamente e, dessa forma, tornando possível oferecer uma assistência máxima nos diversos serviços, de acordo com as necessidades individuais do paciente^{6,9,20}.

Constatou-se dificuldades de locomoção até o hospital (quase 40% dependem de transporte fornecido pelas prefeituras). Entretanto os pacientes superam tal dificuldade provavelmente por perceberem a gravidade ou complexidade de sua patologia e após constatarem a falta de recursos mais

próximos que permitam solucioná-la. Trata-se de pacientes de baixo nível socioeconômico, dependentes dos serviços públicos de saúde que chegam ao Hospital universitário através de encaminhamentos. No ambulatório da especialidade, melhora o nível socioeconômico dos pacientes, diminuindo a sua dependência dos serviços públicos e, portanto, a eleição do hospital universitário deve levar em consideração sua reputação, a tecnologia disponível e a presença de especialistas habilitados a lidar com doenças 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.

Conclui-se que o ambulatório de pediatria constitui-se num local privilegiado, por ser um serviço de referência dentro do SUS, integrando assistência e docência aliadas a toda uma retaguarda tecnológica que poucos serviços do 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 resolutiva. Este vínculo com a realidade fora do âmbito hospitalar é fundamental para o planejamento, buscando superar os problemas relativos à acessibilidade e à equidade, dentro da perspectiva da qualidade e do respeito à cidadania daqueles que fazem uso destes serviços.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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].
3. 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.
4. 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.
5. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Introdução. *Divulg. Saúde para Debate*, (3): 5-7, 1991.
6. DE GEYNDT, W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. *Salud Pública Méx.*, **28**: 221-9, 1986.
7. 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).
8. DONABEDIAN, A. Cándido en el país de la investigación en servicios de salud. *Salud Pública Méx.*, **29**: 520-30, 1987.
9. DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1988. (Biblioteca de la Salud, Serie Clásicos de la Salud).
10. DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx.*, **28**: 324-7, 1986.
11. DONABEDIAN, A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Med. Care*, **6**: 181-202, 1968.
12. 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.
13. 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.
14. HORWITZ, A. Por qué no evaluamos y por qué debemos hacerlo? *Salud Pública Méx.*, **20**: 171-6, 1978.
15. JESSEE, W.F. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. *Salud Pública Méx.*, **32**: 131-7, 1990.
16. KALUSNY, A.D. & VENEY, J.E. *Evaluation and decision-making for health services programs*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1984.
17. KANE, R.L. Determination of health care priorities and expectations among rural consumers. *Health Serv. Res.*, **4**: 142-51, 1969.
18. MORERA, R.G. Enfoque metodológico de la investigación aplicada en los servicios de salud. *Educ. Med. Salud*, **15**: 21-9, 1981.
19. NERI, A. Infraestructura para el desarrollo de investigaciones aplicadas a servicios de salud. *Educ. Med. Sal.*, **15**: 30-9, 1981.
20. NOVAES, H.M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS: análise conceitual e apreciação de programas seleccionados na América Latina*. São Paulo, Pioneira, 1990.
21. OSBORNE, C.E. & THOMPSON, H. Criteria for evaluation of ambulatory child health care by chart audit: development and testing of a methodology. *Pediatrics*, **56**: 625-92, 1975.
22. 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 método clínico. In: White, K.L., ed. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.703-14. (Publicación Científica, 534).
23. SCHLAEPFER-PEDRAZZINI, L. & INFANTE-CASTAÑEDA, C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública Méx.*, **32**: 141-55, 1990.
24. SHEPS, M.C. Approaches to the quality of hospital care. *Public Health Rep.*, **70**: 877-86, 1955.
25. 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.
26. 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.