

Título: Morbidade em ambulatório geral de pediatria de hospital universitário. São Paulo (SP), 1998.

Title: Morbidity in a general pediatric outpatient service of a university hospital, São Paulo (SP), 1998.

Autores:

Dra.Tatiana Furuyama – médica residente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.

Prof.Dra Edina Mariko Koga da Silva – professora adjunto e chefe da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo

Prof.Dr. Rudolf Weschler – professor assistente da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Chefe do Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital São Paulo

Dr. Carlos Roberto Serachi – pediatra do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.

Prof. Dr. Daniel Sigulen – Livre-docente e chefe do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo

Prof.Dra Rosana Fiorini Puccini – professora adjunto da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária e Vice-chefe do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo

Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária – Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.

Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Objetivo: conhecer a morbidade de crianças de zero a 14 anos atendidas em primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital São Paulo e o fluxo de encaminhamentos entre os setores desse hospital.

Métodos: estudo descritivo, transversal. Mensuração: os dados foram coletados a partir dos formulários eletrônicos cujo software base é o Clinic Manager, inseridos e analisados no programa Epi info 6.0. Período do estudo: julho a dezembro de 1998. Os diagnósticos de primeira consulta foram classificados de acordo com a CID 10. Nesse período foram realizadas 410 primeiras consultas no Ambulatório Geral. Excluíram-se 81 prontuários sem registros adequados e/ou com diagnóstico de puericultura. Assim, os resultados referem-se a 329 crianças.

Resultados: 52,3% crianças eram do sexo masculino e 47,7% do sexo feminino. A mediana de idade das crianças estudadas foi de 3 anos. Os locais de origem do encaminhamento para o ambulatório geral foram: 60 crianças (33,9%) do PS de Pediatria do HSP, 53 (30,2%) de ambulatórios de especialidades pediátricas e 24 (13,5%) do Serviço de Neonatologia do HSP. Os cinco diagnósticos mais freqüentes foram: anemia 42 (12,8%), rinite alérgica 36 (10,9%), infecção do trato urinário 32 (9,7%), cefaléia/enxaqueca 27 (8,2%) e asma 21 (6,4%). Observou-se que apenas 146 prontuários (44,4%) tinham o motivo de encaminhamento relacionado às hipóteses realizadas na primeira consulta e em 60 deles (18,2%) a queixa da mãe/responsável estava de acordo com o motivo de encaminhamento; em 209 casos (63,5%) a queixa da mãe/responsável e o diagnóstico da primeira consulta estavam correlacionados.

Conclusões: não houve predomínio importante de nenhum tipo de diagnóstico, refletindo, possivelmente, as características deste hospital universitário. Verificou-se uma inadequação no fluxo de encaminhamentos entre os setores, com grande porcentagem de encaminhamentos procedentes das especialidades pediátricas, e desorientação dos responsáveis pela criança (mães, em sua maioria) quanto aos objetivos e necessidades de acompanhamento no Ambulatório Geral de Pediatria.

ABSTRACT

Objective: To determine the morbidity among children aged zero to 14 years who had their first consultation at the general pediatric outpatient service of Hospital São Paulo (HSP) and the flow of referrals between sectors of this hospital.

Method: This was a descriptive cross-sectional study. Measurements: the data were collected by means of electronic forms within the Clinic Manager software base, and entered and analyzed in the Epi Info 6.0 program. Study period: July to December 1998. The diagnoses from the first consultation were classified in accordance with CID 10. During this period, 410 first consultations were made at the general outpatient service. Of these, 81 cases with inadequate records and/or a diagnosis relating to childcare were excluded. Thus, the results refer to 329 children.

Results: The children were 52.3% male and 47.7% female. The median age of the children studied was 3 years. The places from which children were referred to the general outpatient service were: 60 children (33.9%) from the pediatric emergency service of HSP, 53 (30.2%) from pediatric specialty outpatient services, and 24 (13.5%) from the neonatology service of HSP. The five most frequent diagnoses were: anemia (42; 12.8%), allergic rhinitis (36; 10.9%), urinary tract infection (32; 9.7%), headache/migraine (27; 8.2%), and asthma (21; 6.4%). It was seen that in only 146 records (44.4%) was there a correlation between the reason for the referral and the hypotheses made at the first consultation and in 60 of them (18.2%) the mother or guardian's complaint was in agreement with the reason for the referral; in 209 cases (63.5%) the mother or guardian's complaint and the diagnosis at the first consultation were related.

Conclusions: There was no notable predominance of any type of diagnosis. This possibly reflects the characteristics of this university hospital. An inappropriateness in the flow of referrals was observed between the sectors, with a large proportion of referrals coming from pediatric specialties and a lack of guidance for those responsible for the child (mothers, in most cases) regarding the objectives and needs for follow-up in the general pediatrics outpatient service.

1. Introdução

Nas últimas duas décadas, ocorreram grandes transformações nos serviços de saúde em nosso país. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a edição da Lei Orgânica da Saúde¹ foram progressivamente definindo um novo papel para o município, que passou a ter a atribuição da gerência e execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, criando uma responsabilidade com a promoção de saúde, prevenção de doenças e com a atenção individual – básica, especializada e hospitalar². Em decorrência dessas mudanças, verificou-se uma ampliação significativa do acesso aos serviços, sobretudo do atendimento realizado em unidades básicas de saúde.

Nesse mesmo período, observou-se uma mudança significativa do perfil epidemiológico da população: aumento da expectativa de vida, redução do coeficiente de mortalidade infantil e das freqüências de desnutrição e de doenças imunopreveníveis, entre outras³⁻⁶. Vários estudos demonstraram a importância do acesso e qualidade da assistência à saúde na evolução favorável desses indicadores, mesmo diante de crises econômicas, desemprego e persistência de inadequadas condições ambientais e de moradia de um grande contingente da população^{7,8}.

Nesse processo, o papel dos hospitais gerais e os de especialidades passa a ser revisto, em especial no que se refere aos seus serviços ambulatoriais. Assim, na dependência da complexidade de cada serviço de saúde, uma diversidade de modalidades ambulatoriais com distintas finalidades e racionalidades tem se estruturado, buscando compor um sistema de referência e contra-referência, hierarquizado, envolvendo unidades básicas de saúde, prontos socorros, retaguardas e setores de internação, tendo como objetivo final a atenção integral à saúde da população. A ampliação do conhecimento, os avanços técnico-científicos em relação ao diagnóstico e tratamento das doenças contribuíram, também, para essa nova estruturação dos serviços de saúde. Criaram-se novas expectativas por parte da população e novas demandas em saúde, para as quais os serviços têm

apresentado dificuldades em responder com agilidade. A integralidade na atenção à saúde, um dos princípios do SUS, permanece como uma meta ainda a ser atingida.

Algumas questões são fundamentais para a organização dos serviços e superação dessas dificuldades, sobretudo, a formação profissional e a definição das competências dos recursos humanos no sistema de saúde. Na área médica, em especial, cabe uma reflexão quanto à articulação entre profissionais das áreas gerais e especialistas. São inegáveis a importância e a contribuição das especialidades médicas: casos considerados sem prognóstico até há alguns anos, hoje apresentam-se com grande possibilidade de cura, ou, melhora na qualidade de vida se a recuperação total da saúde não é possível. Ao mesmo tempo, entretanto, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil, multiplicando-se os encaminhamentos e a realização de exames, algumas vezes injustificados. Ao se adotar processos de trabalho centrados na lógica da especialização, há sempre a tendência ao esvaziamento de função e, posteriormente, ao desaparecimento do campo de atuação dos profissionais das áreas gerais como clínico geral, pediatra geral, gineco-obstetra e cirurgião geral. Recentemente, esse mesmo processo tem sido observado, também, em algumas especialidades como cardiologia, neurologia, ortopedia, entre outras. A forma de atenuar os efeitos da incorporação de novas especialidades é um desafio, inclusive para países desenvolvidos, nos quais tem se constatado um declínio da eficácia dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, uma elevação crescente dos de seus custos⁹.

No Brasil, nos últimos anos, observa-se que ambulatórios gerais instalados em hospitais, em especial de serviços universitários, atendiam a uma demanda que, em parte, foi adequadamente incorporada pelas unidades básicas de saúde, cumprindo com o proposto pelo SUS. Paralelamente, e em função do crescimento da especialização, uma outra parcela da demanda desses ambulatórios gerais tem

sido progressivamente absorvida por ambulatórios de especialidades. Considerando que esses serviços universitários constituem campo de prática para a formação do médico, essa lógica de organização desses serviços, entre outros fatores, tem colaborado para o interesse crescente dos formandos e de residentes para as especialidades, afastando-os das áreas gerais. Ao assumirem postos de trabalho nas áreas gerais, as quais predominam no mercado de trabalho¹⁰, tendem a uma atuação limitada, com pouca resolubilidade, encaminhamentos excessivos, pois não tiveram experiências suficientes, durante a formação, que os preparasse adequadamente para essa prática.

Com o objetivo de contribuir para a formação em pediatria no curso médico e na residência de pediatria, em 1994, sob coordenação da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM¹¹, o Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital São Paulo iniciou uma reestruturação que visava definir uma nova atuação diante dessas mudanças do sistema de saúde e, nesse processo, estabelecer o núcleo de ação do pediatra geral, bem como as formas de articulação deste profissional com as especialidades pediátricas. Até então, o Ambulatório Geral de Pediatria prestava atendimento de puericultura, predominantemente, e assistência a crianças portadoras de algumas patologias sem critérios previamente definidos. Nessa fase de planejamento, foi de grande importância a experiência que já vinha sendo desenvolvida pelo Ambulatório Geral do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, como uma referência para início do nosso trabalho¹².

Ainda como parte desse processo, em 1997, teve início um projeto conjunto envolvendo os departamentos de Pediatria e de Informática em Saúde da Unifesp-EPM, implantando-se uma metodologia de ensino-aprendizagem com base na utilização de uma rede de microcomputadores instalada nos consultórios médicos desse ambulatório contendo diversos programas, sendo o *software* base o de gerenciamento clínico para a coleta e avaliação da informação do paciente, que permite acesso ao banco de dados de exames laboratoriais e procedimentos e a

outros programas educacionais, sistemas de apoio à decisão, dicionários, acesso a correio eletrônico e Internet.

Desde então, o Ambulatório Geral de Pediatria da Unifesp-EPM tem realizado atendimento a crianças e adolescentes com doenças não agudas que necessitam de investigação e/ou acompanhamento e de crianças já acompanhadas em uma ou mais especialidades que necessitem desse ambulatório para uma atenção integral à saúde, inclusive com o papel de articular os múltiplos atendimentos dos demais setores. São atendidas crianças de zero a 14 anos, encaminhadas dos serviços de Triagem, Pronto-Socorro, Neonatologia e ambulatórios de especialidades do HSP, além de casos encaminhados de serviços externos, sobretudo projetos integrados à Unifesp/HSP: unidades básicas de saúde do município de Embu e Centro de Saúde Vila Mariana. O agendamento possibilita o retorno de pacientes para o mesmo profissional (residentes ou grupo de alunos da 5ª série do curso médico), favorecendo o desenvolvimento da relação médico-paciente. A reunião de preparo de casos, realizada semanalmente, é uma atividade dirigida a alunos e residentes, com a finalidade de se organizar os prontuários médicos e discutir os casos a serem atendidos naquela semana, atividade esta coordenada e orientada por um preceptor da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária.

A reestruturação do Ambulatório Geral exigiu ampla discussão entre os setores do Hospital São Paulo (HSP) e especialidades pediátricas, com o objetivo de definir as atribuições de cada um, bem como estabelecer a listagem de doenças e os graus de gravidade a serem encaminhadas para os diferentes ambulatórios ou para serviços externos ao HSP. Verificou-se, nesse processo, algumas dificuldades na compreensão e incorporação das mudanças propostas, apresentando-se, com freqüência, uma tendência de retorno aos antigos critérios de encaminhamento. Essa incompreensão resultava, muitas vezes, em encaminhamentos inadequados e demora no efetivo acompanhamento de algumas crianças. Assim, este estudo teve como objetivos principais avaliar o

fluxo de encaminhamentos entre o Ambulatório Geral de Pediatria e demais setores do HSP, analisar concordância entre o motivo de encaminhamento, queixa do responsável pela criança e diagnóstico estabelecido na primeira consulta, e conhecer a morbidade das crianças atendidas nesse serviço.

2. Métodos

População – crianças de zero a 14 anos, atendidas no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, no período de julho a dezembro de 1998. Foram realizadas 2906 consultas sendo que destas, 410 representavam primeiras consultas; 45 pacientes cadastrados não apresentavam consultas ou diagnósticos devidamente identificados no programa e outros 36 tinham diagnóstico de puericultura, exclusivamente. Estes pacientes, num total de 81, foram excluídos do estudo e os resultados referem-se às demais 329 crianças.

Tipo de estudo - descritivo transversal, com utilização de dados secundários. Foi realizada uma coleta de dados do universo de crianças matriculadas e atendidas no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP cadastradas nos prontuários computadorizados e gerenciados pelo programa *Clinic Manager*, durante o período de julho a dezembro de 1998, selecionando-se as primeiras consultas desse período.

Variáveis – obtidas a partir dos prontuários eletrônicos.

- idade - data de nascimento e data da consulta
- sexo
- motivo de encaminhamento
- local de procedência do encaminhamento
- queixa da mãe
- diagnósticos patológicos da primeira consulta
- concordância entre o motivo de encaminhamento, queixa da mãe e diagnósticos estabelecidos

- destino do paciente (encaminhamento para outro ambulatório, alta ambulatorial)
- exames subsidiários solicitados para esclarecimento diagnóstico.

Os diagnósticos foram classificados com base na CID-10¹³ e os dados coletados inseridos no programa Epi Info 6.04¹⁴.

3. Resultados

Das 329 crianças estudadas, 172 (52,3%) eram do sexo masculino e 157 (47,7%) do sexo feminino. Na tabela 1, verificamos a predominância das crianças menores de quatro anos. Na tabela 2, estão apresentados os quinze diagnósticos mais freqüentes. Constata-se que não há predomínio significativo de nenhum deles.

Tabela 1: Distribuição da idade das crianças atendidas em primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, 1998.

Idade criança	N	%
0 - 4	199	60,5
5 - 8	67	20,5
9 - 12	55	16,7
>= 13	8	2,4
TOTAL	329	100,0

Tabela 2: Freqüência de diagnósticos em crianças atendidas em primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, 1998.

Diagnóstico	N	%
Anemia	42	12,8
Rinite alérgica	36	10,9
ITU	32	9,7
Cefaléia/Enxaqueca	27	8,2
Asma	21	6,4
Constipação	19	5,8
Enurese	17	5,2
Parasitose intestinal	16	4,8
Bronquiolite/acomp.	14	4,2
Dor em membros	12	3,6
Dor abdominal	12	3,6
Fimose	11	3,3
Transtorno de linguagem	10	3,0
Adenomegalia	9	2,7
Pneumonia/acomp.	8	2,4

- Cada criança poderia ter um ou mais diagnósticos.

Os exames subsidiários foram solicitados em 258 (78,4%) atendimentos, sendo que em cada consulta poderiam ser feitas uma ou mais solicitações. Os principais exames solicitados na primeira consulta estão distribuídos de acordo com a tabela 3. Quanto às condutas em relação aos encaminhamentos na primeira consulta, 303 (92,1%) crianças tiveram retorno marcado, 22 (6,7%) tiveram alta e 93 (28,3%) foram encaminhadas para outras especialidades (tabela 4).

Tabela 3: Distribuição dos exames subsidiários solicitados para crianças atendidas em primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, 1998.

Exame	N	%
Hemograma	74	28,7
Radiologia	74	28,7
Urinal/urocultura	50	19,4
Outros*	46	17,8
PPF	14	5,4
Total	258	100

- Cada criança poderia ter solicitado um ou mais exames subsidiários.

* Dentre estes os mais freqüentemente solicitados foram o ECG 11 (4,2%), VHS 8 (3,1%), o EEG 4 (1,6%), e a dosagem de reticulócitos 3 (1,2%).

Tabela 4: Destino do encaminhamento de crianças atendidas na primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, 1998.

Local	N	%
Neurologia	18	19,4
Fono	16	17,2
Oftalmo	11	11,8
Cirped	9	9,7
Ortopedia	8	8,6
Dermato	7	7,5
Genética	7	7,5
Higiene mental	6	6,5
ORL	6	6,5
Cardio	5	5,4
LESF	5	5,4
Outros	25	20,3

- Cada criança poderia ter um ou mais encaminhamentos

Das crianças atendidas no ambulatório, 60 (33,9%) haviam sido encaminhadas do PS de Pediatria do HSP, 53 (30,2%) de ambulatórios de especialidades pediátricas, 24 (13,5%) do Serviço de Neonatologia do HSP e 17 (9,7%) do serviço de triagem. A distribuição desses encaminhamentos encontra-se na tabela 5. A análise deste resultado fica muito prejudicada, pois 152 prontuários (46,2%) não continham a informação sobre a origem do encaminhamento, comprometendo, portanto, sua interpretação e possíveis intervenções.

Tabela 5: Locais de origem do encaminhamento de crianças atendidas na primeira consulta no Ambulatório Geral de Pediatria do HSP, 1998.

Local	N	%
PS Pediatria	60	33,9
Amb. de especialidades	53	30,2
Berçário	24	13,5
Triagem	17	9,7
Serviço ext.	13	7,5
UBS	10	5,7
TOTAL	177	100.0
<i>sem inf.</i>	152	46,2

Constatamos, também, que apenas 146 (44,4%) prontuários tinham o motivo do encaminhamento relacionado às hipóteses realizadas na primeira consulta e em apenas 60 (18,2%) a queixa da mãe estava de acordo com o motivo de encaminhamento; em 209 (63,5%) casos a queixa da mãe e o diagnóstico de primeira consulta estavam correlacionados.

4. Discussão

A avaliação dos serviços de saúde é parte do processo de gestão e tem como objetivo principal o aprimoramento das ações de saúde, reorientando a distribuição de recursos entre atividades já existentes e as que possam ser empreendidas no futuro. Os dados de morbidade ambulatorial são importantes devido ao grande número de doenças e agravos à saúde que, embora não levem à internação ou ao óbito, geram graus variados de desconforto e incapacidade. Esses estudos constituem uma das modalidades de avaliação de serviços e podem fornecer informações sobre perfil da clientela quanto à idade, sexo, procedência, motivos de consulta, diagnósticos e sobre o serviço quanto a resolubilidade, fluxo entre serviços e/ou setores, solicitação de exames subsidiários, tempo de acompanhamento e abandono¹⁵.

A maior parte dos estudos de morbidade de serviço inclui a demanda espontânea, na qual predominam as afecções respiratórias por tratar-se da faixa etária pediátrica. Por esse motivo, encontrou-se dificuldades para comparação com a literatura, por ser um ambulatório que atende à demanda agendada de um hospital de referência terciária. Ainda assim, pode-se constatar que, mesmo com essas características, ou seja, de pertencer a um serviço de referência terciária, parte de sua demanda poderia ter sido atendida em unidades básicas de saúde¹⁶ ou em serviços de menor complexidade, o que foi também observado por Gutierrez e Barbieri (1998)¹⁷ em estudo da demanda ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Acredita-se que esse perfil de morbidade deverá sofrer transformações na medida em que as unidades básicas de saúde ampliem sua resolubilidade, o que é esperado no processo de consolidação do SUS. A asma e a rinite, muitas vezes associadas, foram as doenças crônicas mais freqüentes no ambulatório; agrupadas, as dores recorrentes constituíram o primeiro motivo de consulta. Não se observou, além destas, um predomínio significativo de nenhuma outra doença. Sendo um hospital universitário muitas vezes solicitado para esclarecimento diagnóstico, apresenta um perfil bastante diversificado, incluindo sinais e sintomas, à medida que esses

dados foram obtidos na primeira consulta, ocasião na qual o diagnóstico definitivo ainda não estava estabelecido. Os exames subsidiários e as solicitações de consulta em especialidades foram compatíveis com o perfil de morbidade encontrado.

No que se refere ao destino, para cerca de um terço das crianças foi solicitada uma consulta em outras especialidades, o que não significa que deixaram de freqüentar o Ambulatório Geral. Nesse sentido, tem sido bastante reforçada, junto aos residentes e alunos, a necessidade de se manter o acompanhamento até o esclarecimento do caso, buscando, assim, desenvolver a responsabilidade e o vínculo. Essa experiência tem contribuído, também, para uma maior compreensão, sobretudo por parte dos residentes, do papel do pediatra geral e de sua relação com as especialidades. Tem se procurado romper com a tendência de uma prática desagregadora, segundo a qual o profissional da área geral, clínico ou pediatra, transforma-se em triador, delegando “partes” do paciente ao especialista¹⁸. Considerando que esses mesmos residentes e alunos, nesse estágio, atuam simultaneamente nas unidades básicas de saúde do Embu, essa mesma discussão é enfatizada quanto ao papel do pediatra geral na unidade básica que, nesses serviços, tem ainda a atribuição de se articular com a comunidade, desenvolvendo ações mais amplas que envolvam inclusive outros setores, como educação, promoção social, para citar algumas possibilidades de integração.

Chama a atenção, a inadequação dos encaminhamentos quanto ao preenchimento dos impressos, à qualidade os registros no que se refere ao motivo desse encaminhamento e à falta de esclarecimento dos pais quanto ao objetivo do atendimento. Observamos que apenas 44,4% dos prontuários tinham o motivo do encaminhamento relacionado à hipótese diagnóstica da primeira consulta e em 63,5% dos casos a queixa da mãe e a hipótese diagnóstica estavam correlacionadas, o que pode ser devido ao fato de o Ambulatório Geral captar, além dos problemas relacionados ao encaminhamento, também a queixa mais

recente da mãe/responsável. Ainda, assim, há falhas importantes no registro final da consulta e/ou essas queixas não estão sendo valorizadas pelo profissional. A informatização facilita a coleta de dados, porém, para se garantir o preenchimento será necessária a definição de campos obrigatórios, pois no processo de avaliação desse serviço, é fundamental a obtenção de dados quanto à origem do encaminhamento e motivo do mesmo.

O Pronto-Socorro foi a principal fonte de clientela, o que já era esperado, entretanto, a grande contribuição dos ambulatórios de especialidades deve-se, provavelmente, a um ajuste no encaminhamento, pois parte dos casos não apresentavam uma complexidade que justificasse um seguimento por esses setores. Esta impressão foi reforçada pela baixa contribuição que exerceu a triagem, a qual possivelmente está encaminhando os pacientes diretamente para as especialidades.

Quanto ao Serviço de Neonatologia, uma vez que o Ambulatório Geral não tem como objetivo o acompanhamento de crianças saudáveis, apresentou uma contribuição expressiva devido ao seu alto grau de complexidade e necessidade de acompanhamento de crianças com doenças e/ou intercorrências importantes no período neonatal devido à grande frequência de gestações de alto risco do serviço de obstetrícia do HSP.

5. Conclusões

A prática médica vem sofrendo grandes transformações. Deixa de ser uma atividade isolada, dentro de um consultório, predominando a atuação em ambulatórios - públicos ou em serviços privados. Constata-se, também, uma valorização crescente do especialista e uma tendência à fragmentação excessiva do atendimento, sem um momento de articulação e de síntese da parte do clínico e/ou pediatra geral¹⁸. Assim, o princípio da integralidade na atenção à saúde tem encontrado grandes obstáculos devido à falta de integração entre diferentes serviços e profissionais. O ensino desenvolvido no Ambulatório Geral de Pediatria

do Hospital São Paulo constitui, portanto, uma importante contribuição na formação dos pediatras no sentido de favorecer uma prática que busca romper com essa tendência à fragmentação.

Os resultados deste estudo foram discutidos com o conjunto de coordenadores de setores pediátricos do HSP. Constatou-se que as normas e decisões devem ser repassadas continuamente, pois há sempre uma tendência em se realizar os encaminhamentos para as especialidades, diretamente, e muitas vezes sem justificativa, determinando re-encaminhamentos sucessivos que prejudicam a criança e sua família. As informações produzidas por este estudo têm sido úteis na reorganização da atenção prestada, sobretudo no que se refere à articulação entre os setores do HSP e melhor orientação aos responsáveis pela criança (mães, em sua maioria) para compreensão dos objetivos e necessidades de acompanhamento no Ambulatório Geral de Pediatria e demais setores do Hospital São Paulo.

6. Referências bibliográficas

1. Brasil. Presidência da República. Lei 8 080, 19 de setembro de 1990. Brasília (DF), 1990.
2. Campos GWS. O Estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: Campos GWS. Reforma da reforma – repensando a saúde. 1ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 1992. p.87-132.
3. Simões CCS, Monteiro CA. Tendência secular e diferenças regionais da mortalidade infantil. In: Monteiro CA (org). Velhos e novos males da saúde no Brasil – a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, 2000. p.153-72.
4. Brasil. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. Ripsa. Indicadores e dados básicos para a saúde. IDB – Brasil 2001. www.saúde.gov.br. Acesso em [2002 fev 11].
5. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Brasília (DF), 2002.
6. Puccini RF, Junqueira EMJ, Farhat CK. Epidemiologia das doenças imunopreveníveis no Brasil. In: Bricks LF, Cervi MC. Atualidades em doenças infecciosas – manejo e prevenção. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.1-35.
7. Monteiro CA, Iunes RF, Torres AM. A evolução do país e suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro CA (org), Velhos e novos males da saúde no Brasil – a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec, 2000a. p.349-56.
8. Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre as desigualdades regionais. In: Monteiro CA (org). Velhos e novos males da

- saúde no Brasil – a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec, 2000b. p.393-420.
9. Campos GWS, Chakkour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro) 1997; 13:141-4.
 10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Minas Gerais. Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo, 2002.
 11. Unifesp – Universidade Federal de São Paulo. Acesso em [2002 Mai 17] <http://www.epm.br/pediatri/disciplinas/pedcom/ambgeral.html>>
 12. Sucupira ACSL, Zuccolotto SMC, Bresolin AMB, Kobinger MEA, Moyses MAA. Organização didática de um ambulatório de ensino. J Pediatr 1993; 69:310-5.
 13. CID – 10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima revisão. Organização Mundial de Saúde. São Paulo: Edusp, 1993.
 14. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brandel K.A, Smith DC, Burton AH et al. Epi Info, Version 6.04: a word-processing, database and statistics program epidemiology on microcomputers. Atlanta (USA): Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
 15. Carvalho SC, D'Órsi E, Melo ECP, Campos TP. Estudo de demanda ambulatorial – do planejamento à divulgação dos resultados. Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.
 16. Puccini RF, Goihman S, Sigulen D, Ramos MP, Manfredi N: Morbidade em unidades básicas de saúde. Rev Paul Pediatría 2001; 19:7-14.
 17. Gutierrez MR, Barbieri MA. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Medicina (Ribeirão Preto) 1998; 31:81-98.

18. Sucupira ACSL, Novaes HMD. A prática pediátrica no consultório. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccoltto SMC. *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Editora Sarvier, 2000. p.3-7.