

RANGEL OSELLAME

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO PACIENTE
AMBULATORIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

RANGEL OSELLAME

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO PACIENTE
AMBULATORIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson J. Cardoso

Orientador: Ana Maria Nunes de Faria Stamm

FLORIANÓPOLIS

1999

TÍTULO

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO PACIENTE AMBULATORIAL

“Não abandoneis o ideal de um humanismo individualista, ainda que não esteja de acordo com as condições reinantes. Não desespereis, ainda que as teorias oportunistas queiram ter o domínio espiritual rigorosamente condicionado ao material. Permanecei sendo homem de alma individual. Não vos convertais nesses autômatos que se deixam implantar de alma dirigida pela vontade das massas e vibrando a um só compasso.”

Albert Schweitzer (1875–1965), médico missionário alemão e Prêmio Nobel da Paz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu irmão Rafael e ao amigo Paulo pelo auxílio na digitação; ao doutorando Fabrício Duarte por abrir as portas que facilitaram minha tarefa.

Obrigado ao Mestre Antônio Carlos Marasciulo pela orientações fornecidas, e às acadêmicas Fernanda Cecato e Larissa Alessandra Medeiros pela valiosíssima contribuição na coleta dos dados.

E minha imensa gratidão à grande Mestre Ana Maria Nunes de Faria Stamm, por seu academicismo, por sua paciência e pelo grandioso empenho dispensado à confecção deste trabalho científico.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	VII
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	03
3 MÉTODO	04
4 RESULTADOS	08
5 DISCUSSÃO	12
6 CONCLUSÕES	18
7 REFERÊNCIAS	19
RESUMO	21
SUMMARY	22

LISTA DE ABREVIATURAS

- ✓ UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- ✓ HU – Hospital Universitário
- ✓ SM – Salário mínimo
- ✓ SUS – Sistema Único de Saúde
- ✓ HC – Hospital das Clínicas
- ✓ FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- ✓ PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

1 INTRODUÇÃO

A relação entre classe social e condições de saúde já foi observada na França e na Inglaterra desde o início do século XIX. Nesta época, a doença coronariana era considerada uma patologia da classe alta da sociedade, enquanto camadas mais baixas possuíam menor expectativa de vida e alto índice de mortalidade, elevadas taxas de mortalidade infantil e perinatal, e um grande número de desordens mentais graves¹.

Segundo Lenin, citado por Barros², “as classes sociais são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação (na maioria dos casos fixada e formulada em lei) com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, por conseqüência, pelas dimensões e método de adquirir a parcela da riqueza social de que disponham. As classes são grupos de pessoas onde uma pode se apropriar do trabalho de outra, devido a lugares diferentes que ocupam num sistema definido de economia social”. Portanto, as diferentes instâncias que compõem o todo social (econômica, jurídico-política e ideológica), estão envolvidas no conceito de classe social³.

Várias investigações epidemiológicas evidenciaram a importância do emprego do conceito de classe social e de sua operacionalização, para reforçar o instrumental metodológico, articulando o processo saúde-doença com as relações sociais de produção através da inserção de classe dos indivíduos investigados⁴. Porém, uma dificuldade apresentada é a operacionalização deste conceito, a fim de classificar os indivíduos ou famílias através de questionários padronizados³.

A análise da população que frequenta determinado serviço médico, seja a nível emergencial, ambulatorial ou através da rede primária de atenção à saúde, é de valiosa importância para o processo de conhecimento genérico desses pacientes, objetivando um programa de atendimento adequado ao tipo de indivíduo que procura o setor⁵.

Sendo este um dos objetivos do Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da UFSC, desenvolvemos esta pesquisa com a finalidade principal de conhecer o perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos no ambulatório, utilizando como instrumental metodológico a proposta de classificação social de Lombardi et al³. Este estudo representa também a continuidade de um projeto de pesquisa iniciado por Stamm et al⁶, que identificaram o perfil sócio-econômico dos pacientes internados na Enfermaria de Clínica Médica, em 1996.

2 OBJETIVOS

2.1 – Identificar o perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

2.2 – Comparar os resultados com a população internada na Enfermaria de Clínica Médica deste mesmo hospital.

3 MÉTODO

Estudo exploratório, observacional e transversal, realizado no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado em Florianópolis – SC.

O HU existe desde 1980, e fornece atenção terciária à saúde, de forma universal e gratuita. É o órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina que mais fornece assistência à população, e realiza também ensino e pesquisa. O ambulatório do Serviço de Medicina Interna funciona diariamente no 3º turno, atendendo em torno de 1250 pacientes por mês, e mais de 15200 por ano. Os alunos do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica (*latu sensu*), a nível de residência médica, são os responsáveis pelo atendimento direto, sob a supervisão e orientação de professores experientes na área.

Com base em uma população de 1250 pacientes/mês, realizou-se um trabalho de campo durante os meses de novembro e dezembro de 1998, e fevereiro e março de 1999, perfazendo uma população total de 3500 usuários. Note-se que os meses de fevereiro e março são considerados “atípicos”, em função da estação de verão e das férias letivas. Definiu-se uma amostra de 261 pacientes, assumindo-se um erro amostral de 5%, com intervalo de confiança de 90%. Os pacientes foram submetidos a um questionário padrão, com perguntas fechadas, após consentimento dos mesmos.

Pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (Lombardi et al, 1988³), adaptaram uma classificação social, de origem mexicana (Bronfman e Tuirán, 1982), para aplicação no Rio Grande do Sul⁷. O critério de classificação é,

fundamentalmente, a relação com os meios de produção, sendo as demais variáveis utilizadas a partir deste ponto³.

A situação de classe da família foi definida através da posição que o chefe da família (componente que recebia a maior renda³ ou responsável pela unidade domiciliar⁸) ocupava junto aos meios de produção³. Para os aposentados e desempregados considerou-se a atividade econômica anterior. Caso possuíssem outro trabalho, o de maior rendimento foi considerado o principal⁸. Os pacientes cujos chefes da família eram pensionistas, estudantes ou donas de casa, não foram classificados³.

Os pacientes foram classificados como pertencentes a uma das seguintes classes sociais: 1) sub-proletariado (agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, geralmente instável, com a qual obtém baixos rendimentos, ex.: artesãos, vendedores ambulantes, engraxates, empregadas domésticas, serventes de construção, camelôs); 2) proletariado (trabalhadores submetidos a uma relação de exploração, sem exercerem função de exploração); distinguidos em dois subconjuntos: 2.1) típico (desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção, como pedreiros, motoristas, operários); 2.2) não típico (assalariados que têm relação indireta com a produção como bancários, funcionários públicos, trabalhadores de escritório); 3) pequena burguesia tradicional (agentes sociais sem formação universitária, independentes por possuírem seus próprio meios de produção, ex.: agentes da indústria artesanal, pequenos comerciantes); 4) nova pequena burguesia (ocupam postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões como engenheiros, agrônomos, professores, médicos, advogados, dentistas, gerentes, administradores, alta oficialidade do exército e da polícia, legisladores); 5) burguesia (proprietários de meios de produção que empregam 5 ou mais pessoas, com formação universitária e renda individual superior a 15 salários mínimos)³.

A procedência dos pacientes foi dividida em três níveis: a) provindos do interior do estado de Santa Catarina; b) oriundos da Grande Florianópolis (Santo Amaro da Imperatriz, Palhoça, Garopaba, São José, Biguaçu, Governador Celso Ramos e Antônio Carlos); c) residentes no município de Florianópolis⁹.

A respeito dos seguros de saúde privados, quatro modalidades foram consideradas: a) planos de auto gestão (empresas que administram, ou delegam a outra, a administração dos seus programas de saúde, a partir de sistema de pós-pagamento); b) cooperativas médicas (médicos são sócios e prestadores de serviço, recebendo de acordo com o número de atendimentos); c) instituições de medicina de grupo (empresas que administram planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas, mediante um sistema de pré-pagamento); d) planos de seguro saúde (consultas, exames e hospitalizações são cobertos e reembolsados pela entidade seguradora, respeitados os tetos dos contratos de seguro)¹⁰.

Considerou-se como renda mensal familiar *per capita*, a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, dividido pelo número total desse contingente⁸. A forma de expressão de renda foi o salário mínimo⁷.

A análise das variáveis e de suas categorias foi realizada através da elaboração de um banco de dados relacional, utilizando-se o programa estatístico Epi Info® versão 6.04, desenvolvido inicialmente para o trabalho de Stamm et al⁶.

Ressalta-se que este trabalho faz parte de uma linha de pesquisa, e a maior parte dos documentos utilizados foram provenientes deste estudo⁶. Além disso, realizou-se revisão bibliográfica dos últimos 5 anos em banco de dados do MEDLINE e do LILACS, por meio de CD-ROM.

A comparação entre os dados levantados e os expostos por Stamm et al², foi feita através do teste de hipótese para proporções (teste de χ^2), sendo apresentado nas tabelas VII e VIII os valores de p referentes a cada teste.

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Coordenador de Pesquisa do Departamento de Clínica Médica, do Centro de Ciências da Saúde, da UFSC, e aprovado em reunião do Colegiado.

4 RESULTADOS

A partir de uma amostra aleatória simples para pesquisa populacional, foram estudados 261 pacientes, com idade entre 15 e 87 anos, e média de 45,9 anos; a maioria pertencia ao sexo feminino (63.6% (166/261)) e eram casados (64.0% (167/261)).

A maior parte dos pacientes residia em Florianópolis (62.8% (164/261)), 29.5% (77/261) provinha da região da Grande Florianópolis e 7.7% (20/261) eram oriundos do interior do estado de SC.

Em 59% (154/261) dos casos o próprio paciente era o chefe da família, e em 28.7% (75/261) era o cônjuge quem ocupava esta posição.(tabela I)

I - TABELA -.Posição que o paciente ocupa em relação ao chefe da família

Posição	Freqüência	%
O próprio	154	59.0
Cônjuge	75	28.7
Filho(a)	15	5.7
Outros	15	5.7
Sobrinho	01	0.4
Cunhado	01	0.4
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

Quanto à escolarização, 58.6% dos pacientes possuíam o 1º grau incompleto, e apenas 1.1% tinha curso superior completo. (tabela II)

II - TABELA – Grau de escolarização do paciente atendido no ambulatório do Serviço de Medicina Interna

Grau de escolarização	Freqüência	%
1º grau incompleto	153	58.6
2º grau completo	39	14.9
1º grau completo	29	11.1
Lê/ escreve	13	5.0
2º grau incompleto	12	4.6
Analfabeto	11	4.2
Grau superior completo	03	1.1
Grau superior incompleto	01	0.4
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

Em relação a doença atual que motivou os pacientes a buscarem auxílio, 28.4% (74/261) haviam procurado outros estabelecimentos de saúde antes do HU; desses, apenas 9.5% (7/74) pagaram pelo atendimento. Os postos de saúde foram responsáveis por 32.8% (22/67) dos serviços prestados àqueles que receberam atendimento gratuito, o Hospital Regional Homero de Miranda Gomes em São José por 17.9% (12/67), e o Hospital Florianópolis por 13.4% (9/67).

O ambulatório hospitalar foi a principal fonte de atendimento médico utilizada pelos pacientes (55.9% (146/261)), seguido pelos serviços de emergência (21.8% (57/261)) e postos de saúde (15.3% (40/261)). (tabela III)

III - TABELA – Principal fonte de atendimento médico dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna

Atendimento médico	Freqüência	%
Ambulatório hospitalar	146	55.9
Serviços de emergência	57	21.8
Postos de saúde	40	15.3
Farmácia	09	3.4
Particular	05	1.9
Ambulatório conveniado	04	1.5
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

A maioria dos pacientes (92.7% (92/261)) possuía exclusivamente o SUS, e somente 7.3% (19/261) apresentava outro sistema de saúde. Desses, 73.7% (14/19) eram planos de auto gestão e 26.3% (5/19) cooperativas médicas. Não foram mencionados as instituições de medicina de grupo e os planos de seguro saúde. (tabela IV)

IV - TABELA – Utilização dos sistemas de saúde

Sistema de Saúde	Freqüência	%
Sistema Único de Saúde	242	92.7
Planos de auto gestão	14	5.4
Cooperativas médicas	5	1.9
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

A classe social mais presente foi o proletariado não típico (39.4% (103/261)), seguido pelo sub-proletariado (23.4% (61/274)), pequena burguesia tradicional (18.0% (47/261)) e proletariado típico (16.5% (43/261)), com número inexpressivo para nova pequena burguesia e burguesia (2.7% (7/261)). (tabela V)

V - TABELA – Classe social do paciente ambulatorial

Classe social	Freqüência	%
Proletariado não típico	103	39.4
Sub-proletariado	61	23.4
Pequena burguesia tradicional	47	18.0
Proletariado típico	43	16.5
Nova pequena burguesia	05	1.9
Burguesia	02	0.8
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

A renda mensal familiar *per capita* variou entre menos de 1 a 10 SM, com média de 1,6 SM. A freqüência de pacientes com renda de 1 a 2 SM, e inferior a 1 SM foi praticamente igual (37.9% (99/261) e 37.2% (97/261), respectivamente). (tabela VI)

VI - TABELA – Renda mensal familiar *per capita* dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna

Renda mensal familiar <i>per capita</i> (SM*)	Freqüência	%
1 2	99	37.9
Menor 1	97	37.2
2 3	35	13.4
3 4	14	5.4
4 6	10	3.8
6 8	03	1.1
8 10	02	0.8
Não quis responder	01	0.4
Total	261	100.0

HU-UFSC 1998/99

* SM = Salário mínimo

5 DISCUSSÃO

A finalidade principal de se determinar o perfil sócio-econômico e profissional da população a qual se prestam os serviços de saúde, é a de colaborar para a identificação de sua privação, carência, discriminação e exclusão¹¹.

Segundo Ribeiro et al¹², na contribuição do Ministério da Saúde à I Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde (outubro/94), o levantamento do perfil sócio-econômico do usuário do Sistema Único de Saúde é um dos estudos preliminares e fundamentais para se orientar o processo de tomada de decisões setoriais e para se traçar as diretrizes da ação regulatória do Estado.

O presente estudo mostrou que a idade da população pesquisada variou entre 15 e 87 anos, com média de 45.9 anos, sendo esses dados semelhantes aos encontrados na literatura^{6,11}.

De uma maneira geral, a mulher aparenta adoecer mais que o homem. Conforme um estudo internacional de morbidade, as mulheres utilizam aproximadamente 20% mais os serviços de saúde do que os homens⁷. Neste trabalho, 63.6% dos pacientes pertencia ao sexo feminino, mas Stamm et al⁶ observaram em pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica deste mesmo hospital, predomínio do sexo masculino (66.8%). Porém, nesta situação, sabe-se que há menor número de leitos para o sexo feminino.

A saúde das pessoas está associada ao estado civil. Pesquisas e estatísticas realizadas fora do Brasil mostram que, iguados quanto à idade e sexo, os casados apresentam melhores níveis de saúde que os solteiros, viúvos e divorciados⁷. A maioria dos pacientes que procuraram o ambulatório era casada (64.0%). Provavelmente isto ocorreu porque a média de idade (45.9 anos) das

peessoas atendidas foi de uma população adulta. Siefer¹¹, em 1998, com um trabalho realizado com pacientes internados no Instituto do Coração (HC-FMUSP, São Paulo-SP), apresentou resultados semelhantes (idade variando entre 14 e 89 anos, com 71.4% casados).

Pequeno número de pacientes (7.7%) provinha do interior do estado, porém esta percentagem é 3 vezes maior (22,5%) quando compararmos com a procedência dos pacientes internados na enfermaria⁶.

O próprio paciente era o chefe da família em 59% dos casos, e estudos com pacientes internados em hospitais públicos^{6,11} demonstraram que a maioria dos entrevistados (68.6% e 85.0% respectivamente) também ocupavam esta posição. Isto ocorreu pois a morbidade aumenta progressivamente de idade adulta até a velhice⁷, e a maior parte dos pacientes encontra-se nesta faixa etária.

O grau de instrução tem estreita relação com o nível de saúde das pessoas, com a renda e a hierarquia das profissões, variáveis econômicas que têm reflexos positivos sobre a saúde⁷. A maior parte dos pacientes atendidos tinha somente o 1º grau incompleto (58.6%), que somados aos analfabetos (4.2%), aos que sabiam ler e escrever (5.0%), e aos que possuíam o 1º grau completo (11.1%), totalizaram 78.9%. Apenas 1.5% apresentavam curso superior completo ou incompleto. Em um trabalho realizado no ambulatório de Pediatria do HU¹³ observou-se que mais de 50% das famílias tinha o 1º grau incompleto. Quando se analisa apenas a taxa de analfabetismo da população geral, os resultados são melhores. Buss¹⁴, em 1995, afirma que este índice atinge 20% dos brasileiros, e cerca de 12% dos habitantes da região Sul.

Para 55.9% dos pacientes o ambulatório hospitalar foi a principal fonte de atendimento médico, para 21.8% os serviços de emergência e para 15.3% os postos de saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1986⁸, mostra que, a nível nacional, o hospital é o tipo de estabelecimento de saúde

mais procurado. Somente nas regiões mais desenvolvidas do país (aí inclui-se a região Sul), as clínicas, policlínicas e consultórios são mais procurados que os estabelecimentos hospitalares⁸. Percebe-se, desta forma, uma inversão na procura pelos estabelecimentos de saúde. A rede primária, constituída pelos centros ou postos de saúde, deveria ser a mais requisitada pela população. Provavelmente este processo tenha se iniciado nos países desenvolvidos, ainda na década de 50, quando as modificações tecnológicas na área de apoio diagnóstico e terapêutico introduziram a indústria de equipamentos e medicamentos. Isto modificou significativamente a prática médica, que passou a se utilizar de recursos tecnológicos sofisticados, separando o médico de seus instrumentos de trabalho, e concentrando as atividades cada vez mais nos hospitais¹⁵. Na pesquisa de Stamm et al⁶, o ambulatório hospitalar também foi a fonte de atendimento médico mais citada (34.7%) porém, os postos de saúde ficaram em 2º lugar (25.2%), e os serviços de emergência em 3º (20.4%). (tabela VII)

VII - TABELA – Comparação entre as principais fontes de atendimento médico de pacientes ambulatoriais e internados

Atendimento médico	Estudo atual (%)	Stamm et al (%)	Valor de p
Ambulatório hospitalar	55.9	34.7	0.00
Serviços de emergência	21.8	20.4	0.69
Postos de saúde	15.3	25.2	0.00
Farmácia	3.4	5.1	0.34
Particular	1.9	8.8	0.00
Ambulatório conveniado	1.5	5.8	0.00
Total	100.0	100.0	

HU-UFSC 1998/99

Os dados da tabela acima apontam para uma distinção entre a população atendida no ambulatório e a que frequenta a enfermaria.

O HU é um hospital de referência para o SUS, de nível terciário, mas recebe pacientes que não passaram por outros serviços de saúde, solicitando tratamento médico muitas vezes existentes em suas regiões. Esta colocação foi demonstrada neste estudo, onde 71.6% dos pacientes procuraram diretamente o HU, na busca de avaliação e tratamento da doença atual.

Dentre aqueles que previamente buscaram auxílio em outros serviços, somente 9.5% tiveram que pagar pelo atendimento. Dados do PNAD de 1986⁸ mostram-se contraditórios, já que 34.6% da população brasileira tiveram que pagar pelos serviços utilizados, sendo que na região Sul este percentual chega a quase 40%.

O Brasil tem seu sistema de atenção à saúde constituído, nos anos 90, por 3 segmentos principais: o segmento público, formado pelos serviços vinculados ao governo federal, estadual e municipal; o segmento privado, contratado e pago pelo setor público; e o segmento privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas¹⁴.

O seguro de saúde privado é todo e qualquer mecanismo de financiamento privado de consumo de serviços de saúde, contemplando o pagamento de prestações a uma empresa, que se obrigará a oferecer assistência médica ou reembolsar seus gastos mediante contrato firmado entre as partes. Seu surgimento no Brasil coincide com a instalação das montadoras de automóveis no ABC paulista, ganhou importância no final da década de 50, e de lá para cá apresentou grande desenvolvimento¹⁵. Atualmente, garante o atendimento a mais de 40 milhões de brasileiros, e movimenta 17 bilhões de reais por ano¹⁴.

O HU da UFSC não possui convênio com o setor privado de saúde, apenas com o SUS. A maioria dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna (92.7%) possuía apenas o Sistema Único de Saúde como fonte de atendimento médico. Dos 7.3% (19 pacientes) que tinham algum plano de saúde privado, 73.7% (14 pacientes) eram usuários dos planos de auto gestão

(basicamente o Instituto de Previdência do Estado de SC – IPESC), e 26.3% (5 pacientes) das cooperativas médicas (principalmente UNIMED). Tal fato se justifica pois o IPESC é o plano de previdência dos servidores públicos estaduais, classe trabalhista muito presente em Florianópolis (capital do estado) e também no resto de SC. A UNIMED representa a quase totalidade do mercado de cooperativas médicas.

Assim como o grau de instrução, a relação de classe social com saúde é muito evidente⁷. Porém, a possibilidade de analisar a distribuição de morbimortalidade, relacionada às classes sociais, enfrenta as dificuldades e controvérsias sobre o conceito de classe social^{7,2}. Mesmo na sociologia não existe um consenso sobre este conceito². Os referenciais básicos são os trabalhos clássicos de Karl Marx (1818 - 1883), autor que realçou o papel preponderante das desigualdades econômicas, e de Max Weber (1864 – 1920), segundo o qual a estratificação da sociedade é resultante não somente da dimensão econômica, mas do prestígio e do poder político⁷.

Contudo, as várias classificações e estudos realizados a respeito, demonstram basicamente que as pessoas de baixo nível sócio-econômico geralmente apresentam piores condições de saúde. Estima-se que isto ocorra devido à inadequação de renda, de instrução, de alimentação, de habitação e de assistência médico-odontológica, associado ou não ao subemprego ou desemprego. Em síntese, pessoas sem um mínimo de condições de vida e de trabalho provavelmente não têm um nível adequado de nutrição e saúde⁷. Quase 40% dos pacientes ambulatoriais foram classificados como proletariado não típico, 23.4% como sub-proletariado, 18% pequena burguesia tradicional e 16.5% proletariado típico. Stamm et al⁶, em 1996, notaram que a maioria dos pacientes internados na enfermaria de clínica médica do HU fazia parte do proletariado típico (43.7%), e apenas 8% eram sub-proletários. (tabela VIII)

VIII - TABELA – Comparação de classes sociais dos pacientes ambulatoriais e internados

Classe social	Estudo atual (%)	Stamm et al (%)	Valor de p
Proletariado não típico	39.4	18.2	0.00
Sub-proletariado	23.4	8.0	0.00
Pequena burguesia tradicional	18.0	22.7	0.18
Proletariado típico	16.5	43.7	0.00
Nova pequena burguesia	1.9	6.9	0.00
Burguesia	0.8	0.7	0.65
Total	100.0	100.0	

HU-UFSC 1998/99

A tabela acima indica que a população atendida no ambulatório é diferente daquela que utiliza a enfermaria.

Outra variável muita relacionada à saúde é a renda individual e coletiva. Pessoas de famílias com menor renda têm alta frequência de desnutrição e de doenças transmissíveis pois, em geral possuem baixo nível de instrução e exercem ocupações com riscos para a saúde⁷. A Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo classifica como “pobres” aqueles que apresentam renda mensal familiar *per capita* inferior ou igual a 1.8 salários mínimos, e como “não pobres” aqueles com renda superior a este limite¹¹. Assim sendo, 69.6% dos pacientes ambulatoriais foram considerados “pobres”, e 30.4% “não pobres”. No total, somente 11.1% (29 pacientes) possuíam renda mensal familiar *per capita* superior ou igual a 3 SM.

Através deste estudo identificou-se o perfil sócio-econômico de mais uma população usuária do HU. Proporcionar continuidade a este tipo de pesquisa significa ampliar o conhecimento a respeito desses pacientes, instrumento essencial para a prevenção das doenças e a promoção da saúde destas pessoas.

6 CONCLUSÕES

A maior parte dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do HU possui baixo grau de instrução, utiliza o ambulatório hospitalar como principal fonte de atendimento médico, é usuária do SUS, pertence à classe social designada proletariado não típico, e é pobre.

Observou-se também que esta população é distinta daquela que frequenta a Enfermaria de Clínica Médica no mesmo hospital.

7 REFERÊNCIAS

1. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Am J Epidemiol* 1988;10:87-121.
2. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saúde públ* 1986;20(4):269-73.
3. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU, et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde públ* 1988;22(4):253-65.
4. Solla JJSP. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cad Saúde Públ* 1996;12(3):329-37.
5. Silva CA. Perfil do paciente pediátrico que frequenta o ambulatório de pediatria do Hospital Universitário – UFSC. [trabalho para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 1984.
6. Stamm AMNF, Marasciulo AC, Duarte F. Aplicação prática de um modelo de estratificação de classe social em um hospital universitário. *Rev Saúde públ*. In press 1999.
7. Pereira MG. Variáveis relativas às pessoas. In: Pereira MG, *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1995 p.189-217.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1986. Rio de Janeiro, IBGE, 1986.

9. Kleis RL. Perfil do lactente internado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com ênfase especial ao estado nutricional. [trabalho para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.
10. Medici AC. A medicina grupal do Brasil. Rio de Janeiro: OPAS; 1991.
11. Siefer MW, Silva EFA, Ferreira LP, Schwarz VL. Perfil social, econômico e profissional dos pacientes internados no Instituto do Coração. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1998;4(A):16-22.
12. Ribeiro PT, Costa NR, Barros MED, Pucu ASB. Política de saúde e prioridades temáticas – uma agenda de estudos. In: I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília, 1994.
13. Vieira RHG, Sakae SVSS, Pereira SM. Perfil da consulta de enfermagem no ambulatório de pediatria do HU – UFSC. Florianópolis, 1994.
14. Buss PM. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: Buss PM, Labra ME, Sistemas de saúde – continuidade e mudanças. São Paulo: Ed. HUCITEC; 1995 p.61-101.
15. Conill EM. Modelo assistencial brasileiro: sistema único ou sistema múltiplo de saúde? Considerações sobre a emergência e a evolução do seguro-saúde privado no Brasil. [monografia para concurso de professor adjunto, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC]. Rio de Janeiro, 1993.

RESUMO

OBJETIVOS: identificar o perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, e comparar os dados com a população internada na Enfermaria de Clínica Médica deste hospital.

MÉTODO: estudo exploratório, observacional e transversal, onde foram avaliadas idade, sexo, estado civil, procedência, posição em relação ao chefe da família, grau de instrução, fonte de atendimento médico, plano de saúde e renda mensal familiar *per capita* dos pacientes ambulatoriais. Utilizou-se o modelo de estratificação social proposto por Lombardi et al³, onde o critério de classificação é a relação com os meios de produção.

RESULTADOS: a soma dos pacientes analfabetos, dos que sabiam ler e escrever, e dos que tinham 1º grau completo ou incompleto, totalizou 78.9%. Apenas 1.5% apresentava curso superior completo ou incompleto. Em relação à doença atual, 71.6% procuraram diretamente o HU. O ambulatório hospitalar foi a principal fonte de atendimento médico (55.9%), e 92.7% utilizavam somente o SUS. A classe social predominante foi o proletariado não típico (39.4%), e 69.6% apresentavam renda mensal familiar *per capita* inferior ou igual a 1.8 salários mínimos

CONCLUSÕES: a maior parte dos pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do HU possui baixo grau de instrução, utiliza o ambulatório hospitalar como principal fonte de atendimento médico, é usuária do SUS, pertence ao proletariado não típico, e é pobre. Observou-se também que esta população é distinta daquela que frequenta a Enfermaria de Clínica Médica no mesmo hospital.

SUMMARY

OBJECTIVES: to identify the profile socioeconomic of patients assisted in the ambulatory of Internal Medicine of the University Hospital of Universidade Federal de Santa Catarina, and to compare the data with the inpatients of the Medical Clinic Enfermary.

METHOD: exploratory, observacional and cross sectional study, there were appraised age, sex, marital status, origin, head of the family, instruction degree, source of medical attendance, health insurance and monthly family income *per capita* of the outpatients. The model of social bedding used was proposed by Lombardi et al³, in wich the classification criteria is the relationship with the production means.

RESULTS: the illiterate patient's sum, plus the ones that knew how to read and to write, and of the ones that had complete or incomplete 1° degree, totalized 78.9%. Just 1.5% had complete or incomplete superior course. In relation to the current didease, 71.6% sought University Hospital directly. The hospital ambulatory was the main source of medical attendance (55.9%), and 92.7% used only the SUS. The main social class was the non typical proletariat (39.4%), and 69.6% had monthly family income *per capita* inferior or equal to 1.8 minimum wage.

CONCLUSIONS: most of the patients assisted in the ambulatory of Internal Medicine of University Hospital has low instruction degree, they use the hospital ambulatory as main source of medical attendance, is user of SUS, they belongs to the non typical proletariat, and are poor. It was also observed that this population is different than that who frequents the Medical Clinic Enfermary in the same hospital.

TCC
UFSC
CM
0406

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0406

Autor: Osellame, Rangel

Título: Perfil sócio-econômico do pacien



972806973

Ac. 253555

Ex.1 UFSC BSCCSM