



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA

Secretaria Municipal de Saúde



Descentralizando o Atendimento ao Usuário do Sistema de Saúde do Município de Volta Redonda-RJ como forma de melhorar a Resolutividade da Atenção Básica

Autor: Dr. Rodney Gomes
Médico Intensivista
Especialista em Gestão pela Escola Nacional de Saúde Pública
Coordenador dos Serviços de Urgência e Emergência
Coordenador do Serviço de Atenção Básica

Gestão:

Dra. Neuza Jordão
Secretária Municipal de Saúde

Dr. Gotardo Lopes Neto
Prefeito do Município de Volta Redonda

Volta Redonda, 25 de Abril de 2007

1. Resumo

O presente trabalho aborda a organização do Sistema Público de Saúde do Município de Volta Redonda no Estado do Rio de Janeiro, com ênfase nos Serviços de Atenção Básica (SAB), de Pronto Atendimento (SPA), de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia. São levantados dados relativos à produtividade dos SAB e SPA nos últimos quatro anos. São identificados os perfis de atendimento dos quatro Serviços Públicos de Pronto Atendimento (SPA), levando em consideração a produtividade, a complexidade do atendimento e a procedência da demanda por bairro. Os principais atores envolvidos na prestação destes serviços, no planejamento e efetivação das ações e análise de resultados, são convidados a participar de dois grupos colegiados, da Atenção Básica e da Urgência e Emergência. Estes grupos desenvolvem análise situacional através de levantamento das principais causas da alta demanda aos Serviços de Pronto Atendimento e baixa resolutividade dos Serviços de Atenção Básica e propõem um conjunto de ações para reverter tais situações. Um nó crítico, a incapacidade do profissional do Programa de Saúde da Família (PSF) em atuar positivamente sobre a saúde da mulher e da criança, é selecionado, e no bairro Santo Agostinho é implantado novo modelo de atenção básica à saúde, com aproximação e integração de especialistas em Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia ao trabalho do médico generalista do PSF.

Palavras-chave: Gestão de Saúde, Sistemas de Saúde, Serviços de Pronto Atendimento, Atenção Básica, Descentralização.

2. Apresentação

Este projeto foi desenvolvido como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Professor Pedro Barbosa. A escolha do tema “Descentralizando o Atendimento”, se deve à constante preocupação sobre a alta demanda para os Serviços de Urgência e Emergência, de usuários que poderiam ter seus problemas solucionados nos Serviços de Atenção Básica. Os Hospitais não têm mais para onde expandir. A crescente procura pelo atendimento hospitalar no Município de Volta Redonda nos últimos anos, apesar dos investimentos na Atenção Básica, nos leva a refletir sobre a efetividade das ações assumidas. Observamos as filas dos hospitais cada vez maiores, conflitos entre usuários e profissionais cada vez mais frequentes e baixa satisfação tanto dos usuários externos quanto dos funcionários. Uma questão central deve fazer parte do questionamento sobre a estruturação de sistemas de saúde:

Será possível organizar os serviços de saúde, em quantidade e qualidade suficientes, e a custo compatível, de modo que os indivíduos os utilizem, na medida das necessidades, fiquem satisfeitos com este contato e tenham seus problemas resolvidos? E ainda, que os profissionais que atuam neste sistema, se sintam prestigiados e igualmente satisfeitos?

Há lugares no mundo em que houve grande desenvolvimento do Sistema de Saúde, e que são exemplos a serem observados, como é caso da Inglaterra e do Canadá. No Brasil, a Constituição de 1988 em seu artigo 196 anuncia que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Paradoxalmente, a prestação de serviços de saúde na década de 80, está afunilada nos hospitais, em número não suficiente para atendimento de toda população e a um custo elevado e insuportável. Na metade do século XX, nos países subdesenvolvidos, ficou evidente que a medicina hospitalar e especializada não estava de acordo com as necessidades da maioria da população, que ainda não usufruía dos benefícios de um adequado atendimento básico de saúde. A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946 adiantava que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos e que tal só poderia ser exercida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas e equitativamente distribuídas. No ano seguinte a situação pouco de alterou. Com o objetivo de reverter este quadro, a OMS e o UNICEF promoveram em 1978, na cidade asiática de

Alma-Ata, capital do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Embora o conceito de “cuidados primários” seja antigo, a Conferência constituiu-se em importante marco de referência e tomada de posição política sobre o assunto, além de promover o debate e clarear os objetivos dos cuidados primários de saúde e de um sistema de saúde nela baseado.

No Brasil, o tema serviços básicos de saúde foi discutido por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980 e vem evoluindo ao longo dos últimos anos. Em março do ano de 2006, o Ministério de Saúde emite a Portaria 648 em que o Programa de Saúde da Família passa a se responsabilizar com maior resolutividade de seus serviços, abordando explicitamente o pronto atendimento da população adscrita, como forma de oferecer resolução aos problemas dos usuários. Dois grandes temores envolvem a discussão sobre o pronto atendimento no PSF:

1. Falta de capacitação da equipe para este tipo de atendimento;
2. Ocupar a agenda da equipe com o pronto atendimento em detrimento à prevenção.

A integração entre o pronto atendimento, a pediatria, a ginecologia e obstetrícia e o PSF em centros integrados de saúde, em áreas adscritas específicas, representa uma evolução da abordagem ao usuário do sistema único de saúde do município de Volta Redonda. Desta forma, estará se ampliando a porta de entrada para este sistema e reduzindo a demanda aos serviços de emergência. Estes centros integrados poderão receber outras especialidades como cardiologia, psiquiatria, neurologia, para atendimento aos usuários da área adscrita. A aproximação das especialidades aos profissionais do PSF cria um ambiente propício ao aprendizado, representando uma educação permanente destes profissionais do PSF, sendo um dos objetivos deste trabalho.

3.Objetivos

3.1 Geral

Racionalizar o atendimento ao usuário do sistema de saúde através da descentralização, integração e hierarquização dos serviços prestados.

3.2 Específicos

1. Realizar análise situacional na atenção básica, através de problematização com equipes deste serviço, levantando as causas do encaminhamento hospitalar;
2. Realizar análise situacional dos serviços de urgência e emergência, através de problematização com equipes destes serviços, levantando as causas da alta demanda de atendimento de baixa complexidade;
3. Realizar pesquisa bibliográfica sobre os temas de referência:
 - Gestão de serviços públicos de saúde;
 - Organização da oferta de serviços de saúde;
 - Integralidade do cuidado e hierarquização dos serviços;
 - Descentralização da gestão em saúde;
 - Normas, Portarias, Leis, Parâmetros do Ministério da Saúde sobre prestação de serviços de saúde.
4. Proposição das ações a serem implantadas tendo como metas a ampliação da porta de entrada ao sistema de saúde e a educação permanente dos profissionais do PSF;
5. Implementação das ações e monitoramento dos resultados;
6. Reavaliação das ações a partir da análise dos resultados.

4. Metodologia

O presente trabalho se propõe a realizar um diagnóstico sobre as causas da alta demanda de atendimento para o Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal do Retiro Dr. Munir Rafful e realizar uma intervenção na realidade do atendimento prestado pelo Serviço de Atenção Básica. Foi feita a problematização para mobilizar as equipes de trabalho da Urgência e Emergência e da Atenção Básica, e foram propostas as ações a serem implantadas. Escolhidas duas importantes especialidades, a Pediatria e a Ginecologia e Obstetrícia para prestar apoio ao PSF, que, com a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1997, ficaram deslocadas entre as antigas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades do serviço de urgência e emergência.

4.1 Elaboração de Grupos de Trabalho

4.2.1 Grupo de Trabalho dos Serviços de Urgência e Emergência

Foram convidados os coordenadores médicos e de enfermagem, administradores e diretores das quatro unidades de urgência e emergência do Município, para participar de encontros semanais de discussão sobre a atual situação deste serviço, levantar seus principais problemas e apresentar propostas de ações para melhorar o atual sistema.

4.2.2 Grupo de Trabalho do Serviço de Atenção Básica

Foram convidados os Gerentes dos Distritos Sanitários (três), a Coordenadora do PSF e a Coordenadora do Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA) para participar de encontros semanais de discussão sobre a situação atual do serviço de atenção básica, levantar seus principais problemas e propor ações de melhoria do atual sistema.

4.3 Pesquisa de campo quantitativa

Levantamento da produtividade mensal dos diversos serviços, tanto da atenção básica quanto do serviço fixo de urgência e emergência do Município e análise da produtividade e da demanda por bairro no HMR, através de dados fornecidos pelo serviço de epidemiologia da SMS-VR, do sistema de informação da atenção básica (SIAB), diretamente do HMR e da gerência da unidade de saúde do bairro Santo Agostinho.

4.4 Problematização com os Grupos de Urgência e Emergência e da Atenção Básica

4.6.1 Elaboração de Análise Situacional do Serviço Fixo de Urgência e Emergência (anexo 1), levantamento da produtividade mensal de cada unidade, número de atendimentos que geraram observação e/ou internação hospitalar, o que nos evidencia a complexidade do atendimento prestado, e a análise da procedência da demanda por bairro.

4.6.2 Elaboração de Análise Situacional do Serviço de Atenção Básica (anexo2), com o levantamento da produtividade geral por ano e dos principais problemas que interferem na resolutividade deste serviço. Foram identificadas quais as ações que deveriam ser implantadas para reverter este quadro. O bairro Santo Agostinho foi escolhido para visitação com o objetivo de melhor compreender a realidade local e planejar, juntamente com a comunidade, a implantação das a oes.

4.5 Elabora o de Grupo de Trabalho Técnico

Elaborado grupo de trabalho nas especialidades de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e a coordenadora do Programa de Atenção Integral   Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA), para planejamento do funcionamento deste serviço de especialistas dando apoio permanente às equipe do PSF (anexo 5). Foi elaborado um fluxograma de funcionamento deste novo serviço dentro do PSF, e algumas rotinas de atendimento da enfermagem e médicas tiveram de sofrer reajustes.

4.6 Análise dos Resultados

Elaboração de planilha de indicadores para acompanhamento dos resultados da implantação do Núcleo de Apoio em Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia no bairro Santo Agostinho (anexo 3).

5. O Problema

O Ministério da Saúde, através da Portaria 1101, recomenda a média de três consultas por habitante/ano (somando-se urgência/emergência, atenção básica e especialidades) para o cálculo estimativo da oferta de serviços de saúde. A evolução anual do número de consultas prestadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Volta Redonda nos últimos quatro anos, revela seu progressivo aumento, acompanhando o aumento do número de habitantes. Desta forma, considerando a cobertura para a população de 256.000 habitantes em 2005, foram prestadas 776.860 consultas e o preconizado pelo MS para este ano foi de 767.091 consultas, como mostra a figura abaixo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (SMS-VR). Desta forma, constatamos que o sistema de saúde do Município é capaz de produzir o número de consultas para atendimento à totalidade de sua população, segundo o recomendado pelo Ministério da Saúde. Porém, precisamos entender como está sendo efetuado tal serviço.

Evolução anual do número total de consultas prestadas pelo SUS

Dados fornecidos pela SMS-VR

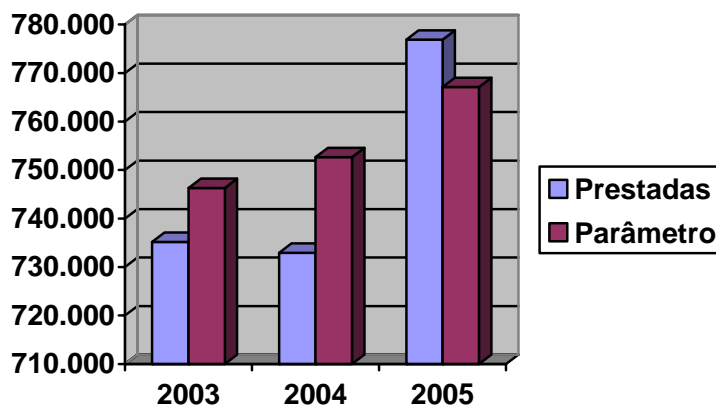


Figura 1

5.1 O Serviço Fixo de Urgência e Emergência

O Município possui quatro unidades de pronto atendimento 24 horas, sete dias da semana, representadas por dois hospitais, Hospital São João Batista (HSJB) e Hospital Municipal do Retiro Dr. Munir Rafful (HMR), e dois Centros de Atendimento Intermediário à Saúde (CAIS) do Aterrado e do Conforto. O HSJB é uma autarquia que realizou, até junho de 2006, mensalmente, uma média de 7500 pronto-atendimentos clínicos e traumato-cirúrgicos, adulta e pediátrica, bem como pronto atendimento em ginecologia e obstetrícia, com leitos de observação, internação e de terapia intensiva. O HMR é um hospital municipal, localizado no bairro Retiro, que possui um perfil de pronto atendimento clínico adulto e pediátrico com média mensal, em 2006, de 9000 atendimentos, com leitos de observação, internação e de terapia intensiva. O CAIS do Aterrado realiza pronto atendimento clínico adulto e pediátrico, odontológico, procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, além do atendimento às emergências psiquiátricas e em dependência química com média mensal em 2006, de 11500 atendimentos. Possui leitos clínicos de observação e internação em psiquiatria e dependência química. O CAIS do Conforto possui atendimento clínico adulto e pediátrico e de enfermagem, com média mensal em 2006, de 12000 atendimentos, com leitos de observação e realização de procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade. Estas quatro unidades em conjunto têm realizado em 2006, em média 40.000 atendimentos mensais, sofrendo com a super lotação e conflitos constantes entre usuários e profissionais.

5.1.2 Perfil da Demanda do HMR

A análise da demanda feita através da contagem de consultas que geraram internação ou observação pelo número total de consultas no HMR, revelou que, em média 25% dos atendimentos necessitavam do ambiente com suporte mais avançado em incorporação de tecnologia, do que o ambulatorial. Desta forma, em torno de 75% dos atendimentos poderiam ser realizados pela atenção básica. Não foi possível separar atendimento de adulto do pediátrico.

A análise da demanda por procedência revelou ser o bairro Santo Agostinho (Distrito IV), o principal encaminhador de usuários fora do Distrito II, onde está localizado o HMR (anexo 4).

Evolução anual do número de consultas prestadas pelo serviço de Urgência/Emergência do Município de Volta Redonda
(Dados fornecidos pela SMS-VR)

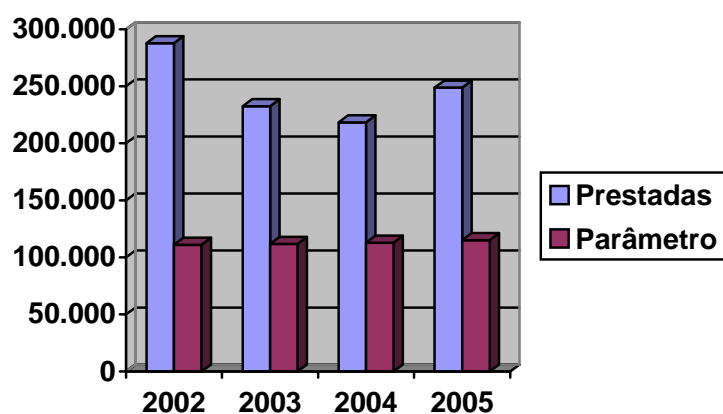


Figura 2

Observamos na figura 2 um aumento progressivo ao longo dos dois últimos anos. Em 2004 foram realizadas 218.380 consultas, em 2005 foram realizadas 248.886 consultas, enquanto o MS recomendou 115.064 consultas para o serviço em 2005.

5.2 O Serviço de Atenção Básica

No início de 2002 havia 11 equipes no Programa de Saúde da Família (PSF). Até o final do primeiro semestre de 2005, foram implantadas mais 32 equipes. Acreditava-se que estas 43 equipes seriam capazes de aumentar o número de consultas da atenção básica, reduzir o número de consultas nos serviços fixos de urgência e emergência, melhorar

indicadores de saúde e melhorar a satisfação do usuário. O que se constatou foi que não houve o aumento esperado do número de consultas na atenção básica, os principais indicadores de saúde não se alteraram, a oferta de serviços de saúde pouco resolutivos, aumentou a demanda para o atendimento hospitalar, que não havia se estruturado para tal, e o usuário se manteve insatisfeito.

Evolução anual do número de consultas prestadas pelo serviço de atenção básica

Dados fornecidos pela SMS-VR

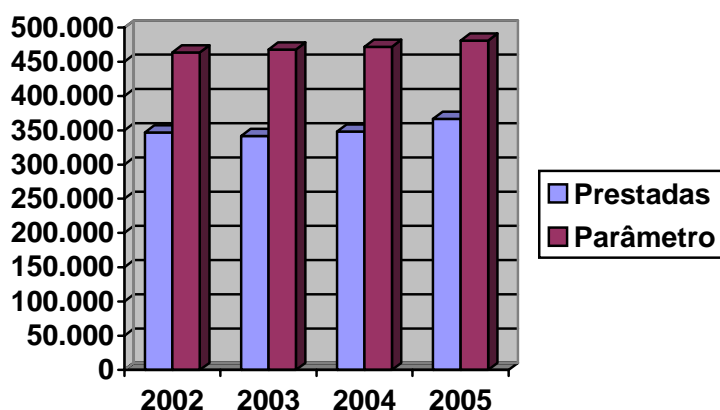


Figura 3

A figura 3 revela a evolução anual do número de consultas prestadas pelo serviço de atenção básica (UBS e PSF), e o número de consultas preconizadas pelo MS para este serviço. Em 2005 foram realizadas 366.730 consultas, bem aquém das 480.966 consultas preconizadas pelo MS para este ano.

5.2.1 O bairro Santo Agostinho

Bairro localizado no Distrito Sanitário IV, possui 13.510 habitantes, com graves problemas sócio-econômicos. Alguns indicadores refletem a pouca efetividade do sistema de saúde, tais como: alta taxa de gravidez na adolescência, baixa cobertura de coleta de preventivo em mulheres entre 20 e 60 anos e inadequada cobertura vacinal em crianças

menores de um ano. Os dados referentes à distribuição por faixa etária e por sexo estão no anexo 6.

5.3 Problemas selecionados

A pouca resolutividade do trabalho assistencial das equipes de PSF, reside principalmente no fato de que os principais atores envolvidos na operacionalização deste programa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), não possuem adequada capacitação profissional. A baixa profissionalização tanto por parte dos operadores do sistema, quanto dos gestores, gerou distorções, desde a falta de compreensão do papel do profissional inserido no cotidiano da comunidade, até a incapacidade de organizar o serviço, tornando-o ineficiente.

A população diante da pouca resolutividade do PSF continua procurando os serviços fixos de urgência e emergência para ter seus problemas de saúde solucionados.

Os grupos de trabalho dos serviços de atenção básica e de urgência e emergência em pactuação com a Secretária de Saúde e o Prefeito da cidade de Volta Redonda, elegeram três grandes temas capazes de transformar a qualidade na prestação de serviço de saúde no Município:

1. descentralização dos serviços de pediatria, ginecologia e obstetrícia, para prestar suporte permanente ao PSF;
2. análise da necessidade e da oferta de serviços de medicina especializada;
3. análise da necessidade e da oferta de exames complementares.

Este trabalho propõe uma intervenção na prestação de serviço da atenção básica, descentralizando o pronto atendimento, o atendimento em pediatria e em ginecologia e obstetrícia, disponibilizando-os para o acompanhamento do Programa de Saúde da Família. Desta forma, visualiza-se que em pouco tempo, a população passará a confiar neste serviço, liberando os serviços fixos de urgência e emergência do atendimento menos complexo.

5.3.1 Baixas Resolutividade e Produtividade da Atenção Básica

Como já exposto, o serviço fixo de urgência e emergência do Município de Volta Redonda tem prestado um número de atendimentos superior ao dobro do preconizado pelo

MS, o que corresponde à cerca de 130.000 consultas por ano a mais do que o recomendado. Em contrapartida, a atenção básica deve aumentar em 25% o número de consultas, para atingir o preconizado por este órgão, o que significa mais 120.000 consultas por ano.

O trabalho de problematização com a equipe de PSF do bairro Santo Agostinho revelou a dificuldade dos médicos prestarem atendimento às crianças e às mulheres por não se sentirem capacitados para tal atendimento.

Como indicadores de resultado das ações implantadas, elegemos:

- Taxa de encaminhamento hospitalar;
- Análise mensal da quantidade de usuários que utilizam o serviço de pronto atendimento do Hospital do Retiro por bairro.

5.3.2 Serviço Fixo de Urgência e Emergência e a Baixa Complexidade do Atendimento

Analisando o atendimento de Urgência e Emergência do HMR, o Colegiado da Urgência e Emergência do Município, constatou que este serviço realiza atendimento de baixa complexidade (em média, 75 % dos atendimentos) o que poderia ser efetuado fora do ambiente hospitalar. Este percentual surgiu quando foram diferenciados os casos que geraram observação por até 24 horas ou internação hospitalar no HMR, das consultas que não geraram tais procedimentos. Na análise da procedência da demanda, o bairro Santo Agostinho aparece nos seis primeiros meses do ano de 2006, entre os seis bairros com maior número de usuários que procuram o serviço de pronto atendimento do HMR, mesmo localizando-se distante do hospital. Portanto, este bairro foi eleito para sofrer a intervenção e os resultados serão avaliados na unidade do bairro e no hospital.

6. Desenvolvimento Teórico

6.1 A Constituição

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988 dispõe em seu capítulo II, destinado à seguridade social, a seção II que aborda a saúde em seus artigos 196, 197, 198, 199 e 200. O artigo 196 dispõe sobre o dever do Estado em prover saúde para todos através da redução do risco de adoecer e do acesso universal igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 197 determina o Estado como responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. O artigo 198 introduz o objetivo de um sistema único de saúde (SUS) e outros preceitos como regionalização, hierarquização e descentralização das ações e serviços de saúde, integralidade do cuidado e participação social, dispondo ainda sobre o financiamento deste sistema. O artigo 199 dispõe sobre a participação da iniciativa privada na assistência à saúde. E o artigo 200 atribui ao sistema único de saúde o controle da produção e fiscalização de insumos utilizados, a participação na formação de recursos humanos, a melhoria do saneamento básico, a incrementação do desenvolvimento científico e tecnológico, a melhoria do fornecimento de nutrientes à população, o controle e fiscalização de substâncias nocivas à saúde e proteção do meio ambiente. Desde então, foram elaboradas leis, decretos, portarias e normatizações com objetivo de transformar em ações o que foi escrito e promulgado nesta constituição.

6.2 Portaria 648

Em 28 de março de 2006, considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica que tem o Programa Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Os principais objetivos desta política são:

1. Promoção e proteção da saúde;
2. Prevenção de agravos;

3. Diagnóstico e tratamento;
4. Reabilitação e manutenção da saúde;
5. Trabalho em equipe;
6. Definição de território e população adscrita;
7. Responsabilização sanitária;
8. Alta complexidade e baixa densidade;
9. Contato preferencial do usuário com o sistema de saúde;
10. Reforça os princípios:
 - Universalidade;
 - Acessibilidade;
 - Coordenação do cuidado
 - Continuidade do cuidado;
 - Integralidade;
 - Responsabilização;
 - Humanização;
 - Equidade;
 - Participação social.

Esta portaria atribui aos profissionais do Programa de Saúde da Família a plena responsabilidade pela saúde da população adscrita, coordenando o cuidado da atenção prestada.

6.3 A Gestão de Serviços Públicos de Saúde

Manter a coerência entre as necessidades da população, os recursos disponíveis e os serviços ofertados é o desafio para qualquer gestor em qualquer lugar do mundo. Esta tríade, responsável pelo surgimento dos serviços públicos de saúde, é discutida pelo autor Gilles Dussault. Este caracteriza as organizações que prestam estes serviços públicos como: **-Organizações de serviços profissionais:** como a base operacional das instituições tem a natureza do trabalho, complexa e variada, caracterizada por tomadas de decisões rápidas, de difícil padronização, com o resultado muito dependente da capacidade técnica do operador, há muita resistência por parte deste, de respeitar qualquer regra que possa colocar em risco

sua autonomia. Outro problema para o gestor é como reconhecer e prevenir a falta de consciência profissional e a incompetência individual. Ao mesmo tempo, este profissional tende a segmentar a instituição, em grupos com interesses diversos. A centralização da gestão tornará mais difícil o reconhecimento destes problemas e a comunicação entre o centro operacional e o centro de tomada de decisões se tornará bastante dificultada, o que evidencia a necessidade de descentralização do poder administrativo;

-Organizações de serviços de saúde: falamos novamente em complexidade e variabilidade, já que, de acordo com o perfil traçado para a unidade de saúde, poderá esta, atender desde de neonatos a idosos, desde doença aguda clínica ou cirúrgica, a doença crônica clínica ou cirúrgica, homens ou mulheres, em diversas especialidades. Esta variabilidade exigirá demandas profissionais e tecnológicas diversas. Finalmente, as organizações, por sua importância social e econômica, são motivo de disputa por atores com interesses diversos: usuários, profissionais, empresas de materiais e produtos, Governo. Assim, a gestão de serviços de saúde deve estar atenta a todas estas particularidades;

-Organizações de serviços públicos: a natureza pública do serviço, o torna de acesso livre e, a princípio, irrestrito. Este dever de atendimento irrestrito, está, habitualmente, em contradição com a limitação dos recursos. Estas organizações têm seus mandatos provenientes do Governo. Seus objetivos são fixados por autoridades externas. Assim, são mais vulneráveis à interferência política.

O conhecimento profundo destas especificidades dos serviços públicos de saúde ajudará o gestor à “escolher as estratégias para desenhar organizações capazes de atingir os objetivos de saúde da comunidade” (Gilles Dussault).

E como contribuir para elevar o nível de saúde da população? Devemos conhecer qual a necessidade desta, inserindo-a em um contexto de discussão de planejamento e na avaliação dos resultados. A autonomia na prática profissional de saúde deve ser respeitada, bem como a responsabilização dos atos, e o controle dos resultados, devem estar claramente discutidos com estes profissionais. Os objetivos da organização, e/ou do serviço de saúde, devem ser amplamente difundidos, para se criar um ambiente de mútua pactuação e confiança entre a gestão e os profissionais.

A formação de gestores, visando contribuir para a solução dos problemas das organizações de saúde, exige uma capacitação na leitura dos problemas existentes, e uma atuação objetiva de criação de uma estratégia coerente com as diretrizes traçadas. Desta forma, a alocação de recursos deve estar em conformidade com os objetivos, e a organização deverá ser capaz de flexibilizar os serviços de acordo com a demanda das necessidades da comunidade.

O pensamento de saúde como bem-estar dos indivíduos, deixou de ser centrado, nos últimos cinquenta anos, nas unidades de atendimento, passando a ser entendido como um bem mais complexo, com raízes multifatoriais. Inicialmente pensou-se que aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, melhoraria sua vida. Viu-se que não só, o que idealizado não aconteceu, como também muitos recursos utilizados de maneira ineficiente, geram mais custos, e não trazem resolutividade dos problemas de saúde. Desta forma, “não existe uma correlação direta entre o volume de recursos e de serviços e a saúde de uma população” (Gilles Dussault). A saúde passou a ser encarada em uma multidimensionalidade e multicausalidade que devem ser previstas na formulação das políticas que visem o bem-estar dos indivíduos e da comunidade. Para poder contribuir, de forma eficiente, na melhoria da qualidade de vida da população, a alocação de recursos deve obedecer a critérios de objetivos e metas a serem alcançadas. Estas metas devem gerar resultados que serão acompanhados através de indicadores, constatando se os objetivos pactuados estão sendo cumpridos.

A compreensão mais formulada e arraigada dos problemas, e ações planejadas e pactuadas com os atores, devem contribuir para a diminuição da amplitude das mudanças a serem efetuadas, tornando este processo menos dispendioso, e, portanto, mais eficiente.

6.4 Acesso aos Serviços de Saúde

O autor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio em seu texto “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”, aborda o modelo tecno-assistencial que pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência, tem se apresentado

como uma perspectiva racionalizadora, cujo maior mérito seria o de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e a equidade. Reconhecendo que, na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática. O autor aponta algumas explicações para esta distorção. Defende, ainda, a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada localizadas em vários pontos do sistema e não mais uma suposta base. Questiona a idéia de um topo, expressão topográfica de uma certa hierarquia tecnológica que teria o hospital no seu vértice, e aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada.

6.5 A Origem da Pouca Importância Atribuída à Análise da Necessidade de Serviços de Saúde no Brasil e a Dificuldade de se Descentralizar a Administração Destes Serviços

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por D. João VI, que, na sua fuga para nosso país, perseguido pelo exército de Junot, trouxe muitos dos mais notáveis cirurgiões do Reino, chegando à Bahia, a 26 de janeiro de 1808. Já em 7 de fevereiro, baixava alvarás, transferindo para o Brasil toda a legislação sanitária de Portugal, sem nenhuma consideração pelas realidades locais. É claro que apresentando o Brasil e Portugal condições inteiramente diferentes, área, densidade demográfica, situação econômica, cultural e outras, não poderia a legislação portuguesa satisfazer às necessidades brasileiras.

Portugal, por sua importância mundial no início do século XIX, dispunha de uma legislação sanitária bastante avançada, mas inadaptável à situação de atraso do Brasil. Este mau início, aliás, parece vir perseguindo a nossa organização sanitária, pois estamos continuamente pretendendo introduzir medidas médico-sanitárias que, dando bons resultados em países de elevado nível econômico-social, não chegam a funcionar no Brasil, não só por falta de recursos em pessoal e material para sua ampla utilização, mas também porque, não raro, não são necessárias às nossas condições sanitárias. Outro prejuízo de

graves conseqüências que nos foi legado pela legislação de D. João VI, foi a imposição da centralização administrativa.

Estes dois equívocos da primeira legislação sanitária outorgada ao país ainda hoje vêm prejudicando a formulação de uma política de saúde pública que atenda às nossas reais necessidades.

É assim que, por sucessivas reformas, o nosso sistema sanitário vem sendo levado a adotar medidas e providências que, sendo talvez de grande alcance em países de elevado grau de desenvolvimento, não se ajustam às nossas condições. Já hoje ninguém discute que a nosologia de cada população é, de fato, uma decorrência de sua estrutura econômica. Assim, os problemas sanitários dos países subdesenvolvidos são peculiares a esta condição, de forma que as atividades médico-sanitárias também são distintas e devem, por isso, corresponder a essa estrutura.

No desenvolvimento do programa de saúde pública no Brasil, uma questão de princípio vem preocupando os técnicos: a centralização e a descentralização. No Império, predominância de uma ou outra corrente resultava de situação momentânea. O mais lúcido de todos os administradores da saúde pública, do século dezenove, o conselheiro Paula Cândido, fio, decididamente, pela descentralização, e os motivos que apresenta ainda hoje são válidos:

“No interior do país, é incontestável que as Câmaras Municipais e as Justiças Territoriais podem cumprir funções que são, em meu pensar, malcabidas às atribuições da Junta, a qual nunca poderá ter por toda parte delegados seus que façam valer o cumprimento da lei.”

Com a proclamação da República, e instituição do regime federativo nos termos da Constituição de 1881, a descentralização foi estabelecida, cabendo aos Estados responsabilidade para administração sanitária.

Pela mesma Constituição foi concedida a autonomia aos municípios, cabendo-lhes, por conseguinte, a organização e administração dos serviços locais. É evidente que, dentre estes, estavam os serviços sanitários de âmbito local.

As municipalidades brasileiras teriam naturalmente de percorrer longa caminhada, até adquirirem suficiente experiência para criar um sistema razoável de administração dos seus serviços. Esta circunstância não poderia significar a condenação das administrações

locais, mas apenas a necessidade de que fossem ajudadas na aprendizagem que deveriam iniciar.

De qualquer modo, com a proclamação da República e a adoção da descentralização, os serviços sanitários do Brasil continuaram, como não podia deixar de ser, funcionando precariamente. Aliás, é preciso reconhecer que esta era uma contingência a que estavam submetidas todas as populações. As atividades sanitárias tinham como finalidade quase exclusiva a luta contra as doenças transmissíveis. Neste sentido é bastante elucidativa a leitura do livro de Harry S. Mustard – *Government in Public Health* –, que examina a evolução do movimento sanitário nos Estados Unidos. De todas as maneiras e a partir de Oswaldo Cruz, o governo da União, por imposição de fatores de toda ordem, entre os quais o econômico não foi o de menor importância, iniciou um trabalho efetivo no combate a certas doenças. A febre amarela foi o exemplo decisivo. A decretação da vacinação obrigatória contra a varíola, com todos os seus percalços e dificuldades, demonstrou igualmente a possibilidade do controle das doenças deste tipo.

As atividades da saúde pública vieram então se estendendo, e, apesar da descentralização, o governo da União foi assumindo maiores responsabilidades, não só das que realmente lhe deviam caber, como outras que são de natureza local. Por outro lado, a partir de 1919, quando os Estados Unidos, saindo da I Grande Guerra como a primeira potência mundial, passaram a exercer enorme atração em todos os setores da ciência e da tecnologia, e o movimento sanitário brasileiro tomou como modelo aquele país. É curioso assinalar como pensavam os nossos administradores sanitários daquela época que bastaria dar ao povo brasileiro uma organização sanitária como a americana, para que a nossa população ficasse tão sadia e tão rica como aquela.

7. Operacionalização:

7.1 Elaboração de Grupo de Trabalho dos Serviços Fixos de Urgência e Emergência

No dia 2 de junho de 2006 ocorreu a primeira reunião deste grupo com as presenças do diretor médico do HSJB, do diretor médico do HMR, dos coordenadores dos serviços fixos de urgência e emergência dos dois hospitais e dos CAIS do Aterrado e do Conforto, dos coordenadores de enfermagem dos quatro serviços e do coordenador administrativo do CAIS do Aterrado. Foi apresentado o problema da alta demanda para estes serviços e aberta a discussão para aprofundamento da questão, elaborando-se um PES simplificado. Foi proposto o estudo da procedência da demanda por bairro e a análise da complexidade dos problemas apresentados pelos usuários que procuram o serviço. Esta análise se daria através do levantamento da quantidade de atendimento que gerou observação ou internação hospitalar, entendendo que o restante poderia ter o problema solucionado fora do ambiente hospitalar. As reuniões se tornaram quinzenais, foi eleito o bairro Santo Agostinho para sofrer intervenção com a incorporação do trabalho do especialista em pediatria e ginecologia e obstetrícia prestando suporte técnico permanente às equipes de PSF.

7.2 Elaboração de Grupo de Trabalho da Atenção Básica

No dia 16 de junho de 2006 foi realizada a primeira reunião do serviço de atenção básica com as presenças das gerentes de distritos, da coordenadora do PSF e do coordenador do serviço de urgência e emergência. Foi apresentado o problema da alta demanda aos serviços de urgência e emergência e da estagnação da produtividade do serviço de atenção básica, apesar do investimento crescente nos últimos anos. A reunião se tornou semanal e foi elaborado um PES simplificado sobre o problema. Uma causa da baixa resolutividade ficou evidenciada nos três distritos e se tornou motivo do presente trabalho: a baixa capacitação técnica dos médicos generalistas para intervir de forma positiva na saúde da mulher e da criança. Ficou pactuada a descentralização do atendimento do pediatra e do ginecologista e obstetra das UBS e da Policlínica da Mulher para dar suporte permanente às equipes de PSF.

7.3 Desenvolvimento do Fluxograma de Atendimento do Médico Especialista em Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (anexo 5)

Discussão com as coordenadoras do PAISMCA, do PSF, com a gerente dos Distritos IV e II, onde estão localizados os dois centros integrados de saúde, e as gerentes das unidades para desenvolvimento das funções de apoio dos médicos especialistas às equipes de PSF com o objetivo de entender o estado de saúde da mulher e da criança da região, intervindo para melhorá-los, e resolver os problemas na própria unidade, reduzindo a taxa de encaminhamento hospitalar.

7.4 Escolha do Pediatra

Em entendimento com a coordenadora do PSF, com a secretária de saúde e com o prefeito, resgatamos as 40 horas semanais de trabalho do pediatra para o exercício exclusivo da pediatria, de acordo com normatização constante no anexo 5, dando apoio às equipes de PSF do bairro Santo Agostinho.

7.5 Escolha da Ginecologista e Obstetra

Necessidade de contratação do profissional para exercer, no mínimo 20 horas semanais, no apoio às equipes de PSF, com as funções estabelecidas em normatização constante no anexo 5.

7.7 Análise dos Resultados

Ficou decidido com os dois grupos de trabalho, da atenção básica e da urgência e emergência, que o acompanhamento do número de usuários provenientes dos bairros que procuram atendimento mensalmente no serviço de pronto atendimento do HMR e a taxa mensal de encaminhamento hospitalar das novas unidades de saúde, seriam as principais ferramentas de acompanhamento de resultado das ações implementadas.

8. Resultados e Conclusões

8.1 Resultados

Após 60 dias de início das ações descentralizadas de apoio ao PSF em pediatria e ginecologia e obstetrícia, pudemos observar uma acentuada redução na taxa de encaminhamento hospitalar que decresceu de contínuos 2% para 0,3% , como podemos observar nas tabelas abaixo.

As tabelas abaixo revelam dados referentes ao bairro Santo Agostinho em acompanhamento mensal durante o ano de 2006. A população cadastrada no PSF neste bairro é de 13.510 habitantes, tendo este programa atingido cobertura de 100% desta população.

Número de encaminhamentos executados pelo serviço do PSF do bairro Santo Agostinho:

ENCAMINHAMENTOS	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Especialidades	175	128	116	104	130	147
Urgência/Emergência	31	16	19	22	8	6
Total de Atendimentos	1216	760	933	938	1116	1521

Dados fornecidos pela gerente da unidade de PSF do Santo Agostinho a partir de planilha de acompanhamento diário.

Dos números absolutos acima citados pudemos elaborar as taxas de encaminhamento:

	MAR	ABR (%)	MAI (%)	JUN (%)	JUL (%)	AGO (%)
Especialidades	14 %	17 %	12 %	11 %	12 %	10 %
Urg/Emerg.	2 %	2 %	2 %	2 %	0.7 %	0.3 %

Dados referentes a encaminhamentos para realização de exames complementares:

	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Laboratório	168	150	189	213	374	177
Radiologia	33	29	42	52	30	15
US Obstet.	27	18	20	5	3	16
Outros	54	9	26	33	50	47
Total	282	206	277	303	457	255
Atendimentos	1216	760	933	938	1116	1521
Tx Enc (%)	23	27	30	32	41	17

Dados fornecidos pela gerente da unidade de PSF do Santo Agostinho a partir de planilha de acompanhamento diário.

8.2 Análise dos Resultados

1. Com o início das atividades do Núcleo de Apoio a Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (NAPGO) no bairro Santo Agostinho em julho de 2006, houve redução da taxa de encaminhamento para os serviços de urgência e emergência.
2. Não houve alteração da taxa de encaminhamento para as especialidades. Fica evidente que as especialidades de pediatria e ginecologia e obstetrícia não representavam um nó das especialidades mais concorridas. Após levantamento, as especialidades de neurologia, oftalmologia, cardiologia, ortopedia e endocrinologia, lideram a concorrência pelo atendimento.
3. Houve inicial aumento da taxa de pedido de exames complementares em julho, com posterior queda em agosto. Leva-nos a pensar que houve uma inicial onda de fechamento de diagnósticos, orientada pelos especialistas e resta-nos aguardar a seqüência de eventos.
4. Quando comparamos a taxa de encaminhamento hospitalar da unidade Santo Agostinho, com a quantidade de usuários que são atendidos no HMR, percebemos que somente cerca de 10% deste total de atendimentos são provenientes do encaminhamento médico. Desta forma, 90% dos usuários procuram o HMR sem ser referenciados, procuram espontaneamente o hospital.

8.3 Conclusões

1. A procura espontânea da população pelos serviços fixos de urgência e emergência representa 90% da demanda para estes serviços, considerando que 10% são encaminhados pelo serviço de atenção básica. O aprofundamento do tema é de fundamental importância para a aplicação coerente de recursos;
2. Reconhecemos que a carência de oferta racional de exames complementares básicos e de serviços especializados na atenção básica, representam mais dois grandes nós críticos para que a população reconheça o serviço de atenção básica como de qualidade;
3. Deverá fazer parte da estratégia de mudança da cultura hospitalar, um programa de educação da população que a oriente quanto a melhor utilização do sistema de saúde;
4. Deverá fazer parte da estratégia de organização integrada e hierarquizada do sistema de saúde, uma central de regulação de vagas, que oriente usuários e profissionais quanto ao fluxo de encaminhamento às unidades de serviços fixos de urgência e emergência;
5. Reconhecemos o baixo impacto que o presente trabalho representou para a redução das filas hospitalares, porém, este contribuirá para a prestação de um serviço de melhor qualidade técnica.

Reconhecemos, por fim, a dificuldade de se obter a prestação de um serviço público de saúde de boa qualidade, com acesso universal, com equidade, de forma integral, que valorize a promoção da saúde, e que recupere da melhor forma quem adoecer. O projeto Sistema Único de Saúde representa um grande avanço social, porém, necessita de muitos atores dedicados e capacitados para entender seu contínuo processo de construção e mudança.

9. Referências Bibliográficas

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública; v.13: n.3, Rio de Janeiro, 1997.

Escosteguy CC, Pinheiro RS. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu. Cap.24, p.361-369: Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Brasil. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 37ª edição – São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

Brasil. Portaria 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais do SUS.

Dussault G. A Gestão de Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. ...

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Villaça, EM. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec & Abrasco, 1994.

Mendes, Eugênio Villaça. A reforma sanitária. Cadernos de Saúde Pública; v.2: n.4, Rio de Janeiro, out/dez. 1986.

Merhy, Emerson E. e Queiroz, Marcos S. Saúde Pública, Rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cadernos de Saúde Pública; v.9: n.2, Rio de Janeiro, abr/jun. 1993.

Silveira, Mário Magalhães. Política Nacional de Saúde Pública: a trindade desvelada: economia-saúde-população. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

Mintzberg, Henry et al. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados; tradução Luciana de Oliveira da Rocha; 4. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2006.

Pereira, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática; cap. 23, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Mendes, Eugênio Vilaça. O processo de distritalização da saúde. Distrito sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

Artmann, E. O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de mestrado, 1993.

10. Anexos

Anexo 1

PES Simplificado do Serviço de Urgência e Emergência

O Problema:

Sobrecarga dos serviços devido ao grande número de atendimento de pacientes ambulatoriais.

Descritores:

D1: Elevado número de atendimentos ambulatoriais no setor de emergência (80%)

D2: Demora no atendimento desses casos em detrimento aos casos emergenciais (prioridade)

D3: Insatisfação dos usuários

D4: Sobrecarga de serviço da Equipe Médica e de Enfermagem

D5: Número insuficiente de funcionários para atender a demanda.

Causas:

1. Baixa resolutividade dos setores de assistência básica a saúde
2. Ausência de uma rede integrada de atendimento
3. Ausência de rede de referenciamento dos usuários
4. Baixa capacidade de atendimento nos ambulatórios de especialidade clínica, pediátrica, e gineco-obstétrica
5. Dificuldade de realização de exames complementares básicos e especializados
6. Equipes de PSF pouco envolvidas com a comunidade
7. Programas especiais de diabetes e hipertensão pouco efetivos
8. Procura espontânea da população ao serviço de urgência e emergência
9. Capacidade instalada insuficiente para absorver a demanda
10. Falta de estratificação de risco para atendimento aos usuários
11. Ausência de regulação que oriente a utilização dos serviços de urgência e emergência.

Critério de pontuação para seleção de nós críticos:

Causas	Impacto	Possibilidade De Intervenção	Oportunidade Política de Interv	Seleção
Baixa resolutividade da rede básica a saúde	3	2	2	7**
Ausência de uma rede integrada de atendimento	2	1	1	4
Ausência de rede de referenciamento dos usuários	3	1	2	6
Ausência de ambulatório de especialidade CM, Ped, GO	3	2	3	8**
Exames complementares, básicos e especializados	2	1	1	4
PSF pouco resolutivo	3	3	3	9**
Programas de diabetes e hipertensão pouco efetivos	2	1	1	4
Procura espontânea ao serviço de urgência e emergência	3	1	1	5
Capacidade instalada insuficiente para absorver a demanda	3	1	1	5
Falta de estratificação de risco para atendimento dos usuários	3	3	3	9**
Central de regulação de vagas ineficiente.	2	1	1	4

Anexo 2

PES do Serviço de Atenção Básica à Saúde e PSF

O Problema

Baixa resolutividade do serviço de atenção básica e PSF.

Descritores:

D1: Ampliação da equipe de PSF, às custas de profissionais recém formados

D2: Dificuldade de realização de exames complementares

D3: Inexistência de uma rede de referencia e contra-referência, nas especialidades médicas

D4: Dificuldade no atendimento de mulheres e crianças.

Causas:

1. Falta de capacitação profissional das equipes de PSF
2. Pouca experiência dos profissionais nos casos de baixa complexidade
3. Falta de informação por parte dos gerentes e profissionais, quanto aos serviços oferecidos na rede
4. Falta de capacitação dos profissionais para o atendimento à mulher e à criança
5. Dificuldade na realização de exames complementares (laboratório e imagem)
6. Inefetividade do serviço ambulatorial de especialidades no sistema de saúde
7. Espaço físico inadequado ao atendimento das equipes de PSF
8. Falta de central de regulação vagas e marcação de consultas
9. Número insuficiente de consultas de retorno nas UBS
10. Pouca efetividade nos programas de Diabetes e Hipertensão.

Critério de pontuação para seleção de nós críticos:

Causas	Impacto	Possibilidade De Intervenção	Oportunidade Política de Interv	Seleção
Falta de capacitação profissional	3	3	3	9**
Pouca experiência nos casos de baixa complexidade	3	2	2	7**
Falta de informação dos gerentes e profissionais, quanto aos serviços oferecidos na rede.	2	2	2	6

Falta de capacitação para o atendimento à mulher e à criança.	3	3	3	9**
Dificuldade de realizar exames complementares, básicos e especializados.	3	2	2	7**
Inexistência de ambulatório de especialidades na rede	2	1	1	4
Programas de diabetes e hipertensão pouco efetivos	2	1	1	4
Espaço físico inadequado ao atendimento das equipes de PSF	2	1	1	4
Falta de central de vagas e de marcação de consultas	1	1	1	3
Número insuficiente de consultas de retorno nas UBS	2	2	2	6

Anexo 3

Planilha de Acompanhamento de Resultados

Planilhas desenvolvidas para acompanhamento da necessidade de encaminhamentos para especialidades médicas e exames complementares.

	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Especialidades						
Urg/Emerg.						
Total Atend.						

	MAR (%)	ABR (%)	MAI (%)	JUN (%)	JUL (%)	AGO (%)
Especialidades						
Urg/Emerg.						

	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Laboratório						
Radiologia						
US Obstet.						
Outros						
Total						
Atendimentos						
Tx Enc (%)						

Anexo 4

Análise da Demanda do SPA do HMR por Bairro



Procedência de Usuários Atendidos no PSA e Infantil

Ano 2006

Volta Redonda Localização Bairro	Meses do Ano												Total atendimentos no ano
	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
	Atendimentos realizados mensalmente												
PS-Nº atendimentos ocorridos	7554	6686	8770	4797	4788	4297	6979	7015					50886
1 Retiro	2559	2353	2990	1844	1673	1491	2429	2445					17784
2 Açude	759	794	995	556	495	422	634	719					5374
3 Belmonte	375	323	456	207	208	190	329	328					2416
4 B.Horizonte	342	382	357	224	200	164	238	315					2222
5 S. Agostinho	319	268	391	247	201	151	247	263					2087
6 Siderlândia	310	317	393	198	170	209	313	327					2237
7 Vila Mury	281	246	300	180	163	179	281	231					1861
8 Vila Brasília	278	243	254	132	171	127	242	225					1672
9 S. Cruz	252	217	272	152	99	111	166	194					1463
10 Padre Josimo	219	155	266	113	112	119	167	151					1302
11 J.C. do Aço	175	149	197	109	75	97	143	124					1069
12 Volta Grande	138	125	175	103	103	80	101	114					939
13 Outros Bairros de VR	1282	885	1414	536	986	731	1416	1338					8588
14 Atend. Outros municípios	265	229	310	196	132	226	273	241					1872
Total de atendimentos 1 a 12	6007	5572	7046	4065	3670	3340	5290	5436					40426

Volta Redonda Localização Bairro	Meses do Ano												Percentual no ano
	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
	Percentual mensal (%)												
1 Retiro	33,9	35,2	34,1	38,4	34,9	34,7	34,8	34,9					34,95%
2 Açude	10	11,9	11,3	11,6	10,3	9,82	9,08	10,2					10,56%
3 Belmonte	4,96	4,83	5,2	4,32	4,34	4,42	4,71	4,68					4,75%
4 B.Horizonte	4,53	5,71	4,07	4,67	4,18	3,82	3,41	4,49					4,37%
5 S. Agostinho	4,22	4,01	4,46	5,15	4,2	3,51	3,54	3,75					4,10%
6 Siderlândia	4,1	4,74	4,48	4,13	3,55	4,86	4,48	4,66					4,40%
7 Vila Mury	3,72	3,68	3,42	3,75	3,4	4,17	4,03	3,29					3,66%
8 Vila Brasília	3,68	3,63	2,9	2,75	3,57	2,96	3,47	3,21					3,29%
9 S. Cruz	3,34	3,25	3,1	3,17	2,07	2,58	2,38	2,77					2,88%
10 Padre Josimo	2,9	2,32	3,03	2,36	2,34	2,77	2,39	2,15					2,56%
11 J.C. do Aço	2,32	2,23	2,25	2,27	1,57	2,26	2,05	1,77					2,10%

12 Volta Grande	1,83	1,87	2	2,15	2,15	1,86	1,45	1,63					1,85%
13 Outros Bairros	17,0	13,2	16,1	11,2	20,6	17,0	20,3	19,1					16,88%
14 Atend. Outros Municípios	3,51	3,43	3,53	4,09	2,76	5,26	3,91	3,44					3,68%
PS-Percentual de atend. 1 a 12	79,5	83,3	80,3	84,7	76,6	77,7	75,8	77,5					79,44%

Volta Redonda Localização		Meses do Ano												Percentual no ano
		Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Bairro/Nº Habitantes		Percentual mensal (%) de atendimentos em relação ao nº de habitantes												
1 Retiro	28516	8,97	8,25	10,5	6,47	5,87	5,23	8,52	8,57					62,36%
2 Açude	8172	9,29	9,72	12,2	6,80	6,06	5,16	7,76	8,80					65,76%
3 Belmonte	5948	6,3	5,43	7,67	3,48	3,50	3,19	5,53	5,51					40,62%
4 B.Horizonte	2798	12,2	13,7	12,8	8,01	7,15	5,86	8,51	11,26					79,41%
5 S. Agostinho	25533	1,25	1,05	1,53	0,97	0,79	0,59	0,97	1,03					8,17%
6 Siderlândia	8541	3,63	3,71	4,6	2,32	1,99	2,45	3,66	3,83					26,19%
7 Vila Mury	8554	3,29	2,88	3,51	2,10	1,91	2,09	3,29	2,70					21,76%
8 Vila Brasília	12326	2,26	1,97	2,06	1,07	1,39	1,03	1,96	1,83					13,56%
9 S. Cruz	10084	2,5	2,15	2,7	1,51	0,98	1,10	1,65	1,92					14,51%
10 Padre Josimo	4160	5,26	3,73	6,39	2,72	2,69	2,86	4,01	3,63					31,30%
11 J.C. do Aço														0
12 Volta Grande														0

Anexo 5

Normatização do Serviço do Núcleo de Apoio à Pediatria e à Ginecologia e Obstetrícia e as Funções do Médico Especialista no Apoio ao PSF

Objetivo Geral

Prestar assistência de qualidade à mulher e à criança prevenindo os agravos à saúde ou retirando-lhes, o mais rápido, do estado de doença sem ou com o mínimo possível de seqüelas.

Objetivos Específicos

- Responsabilização sobre a saúde da mulher e da criança de determinada população da área adscrita;
- Organização das ações sobre a saúde da mulher e da criança;
- Capacitação permanente da equipe para o desenvolvimento das ações da saúde;
- Revisão permanente dos processos de trabalho;
- Análise permanente dos resultados.

Operacionalização

- Contratação ou remanejamento de médicos nas especialidades com perfil para desenvolvimento do trabalho;
- Carga horária mínima de 12 horas semanais, em 3 turnos de 4 horas em dias alternados;
- Revisão da estrutura física da unidade para absorver o trabalho do Núcleo (consultório ginecológico, balança de adulto e pediátrica);
- Cada NAPGO poderá atuar em unidade com até 6 equipes, responsabilizando-se pela saúde de até 24 mil pessoas;
- Levantamento epidemiológico para planejamento das ações (população por faixa etária e por sexo, nascidos vivos e de baixo peso, número total de gestantes e de alto risco, número e localização de mulheres com câncer ou de alto risco, risco sanitário de adoecimento, adolescentes grávidas);
- Atuação de acordo com as atribuições do médico especialista.

Atribuições dos Médicos Especialistas do PSF, Pediatras e Ginecologista / Obstetras:

1. Se responsabilizar pela saúde da população de sua área adscrita;
2. Participar da estratificação de risco de sua área adscrita;
3. Participar ativamente do planejamento das ações de saúde, principalmente de sua especialidade;
4. Organizar as ações de sua área de atuação:
 - Orientar permanentemente o médico generalista e enfermeiros sobre os parâmetros da normalidade;
 - Orientar permanentemente médicos generalistas e enfermeiros sobre detecção de anormalidades;
 - Rever as rotinas técnicas de sua especialidade (coleta de preventivo e os sinais e sintomas de anormalidades, puericultura e acompanhamento das crianças e adolescentes e os sinais e sintomas de anormalidades, acompanhamento à gestante e os sinais e sintomas de anormalidades);
 - Organizar o atendimento da mulher e da criança, dividindo as atribuições de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com perfil de cada profissional de cada unidade. Para exemplificar, há enfermeiros diferenciados no atendimento à mulher, que deve ter suas qualidades aproveitadas nas rotinas estabelecidas pelo médico especialista;
 - Assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento das anormalidades;
 - Auxiliando o médico generalista no pronto atendimento dos agravos agudos à saúde de sua população alvo;
 - Analisar os resultados das ações à saúde da população alvo, revendo a prática e promovendo as adaptações necessárias para atingir as metas pactuadas;
 - Promover discussão de casos clínicos com o objetivo de capacitação permanente com a prática diária.

Anexo 6

Dados Populacionais do Bairro Santo Agostinho que tem 100 % da população cadastrada pelo Programa de Saúde da Família

População Total: 13.510 habitantes;

Distribuição por sexo e faixa etária:

De 0 a 1 ano: 243 habitantes (hab);

De 1 ano e 1 dia a 4 anos: 524 hab;

De 5 a 9 anos : 718 habitantes.

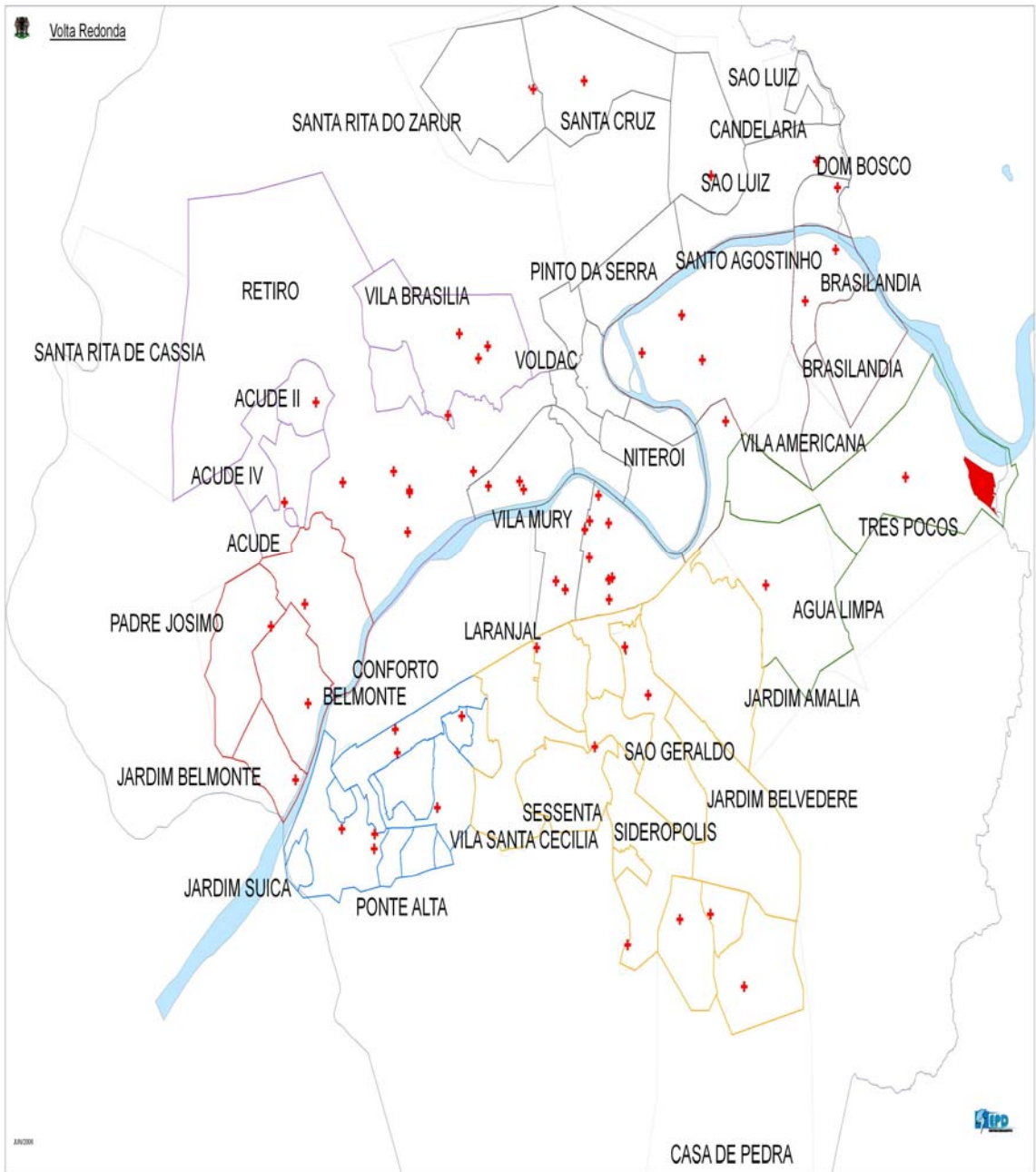
Faixa Etária (anos)	Hab. do sexo masculino	Hab. do sexo feminino
10 - 14	621	606
15 - 19	590	612
20 - 49	2795	3073
50 - 59	418	465
Mais de 60	457	570

Dados fornecidos pela Gerente da Unidade do bairro Santo Agostinho.

Observação:

Quando totalizamos o número de habitantes por faixa etária e por sexo, discriminados nos dados acima, chegamos ao total de 11.692 habitantes, bem aquém dos 13.510 cadastrados. Este fato se deve a centralização da consolidação dos dados gerados diariamente na Secretaria Municipal de Saúde, não havendo um fluxo regular de informação de retorno à unidade de origem dos dados, já que estas unidades não são informatizadas. Este fato gera a distorção no planejamento das ações na unidade, para 1.818 habitantes.

Anexo 7



Situação atual do Projeto de Descentralização dos Serviços de Pediatria:

- 1. Elaboração da Linha de Cuidado da Saúde da Criança sob a coordenação da Dra. Rosa do PAISMCA do Município de Volta Redonda e da Dra. Márcia Cardoso;**
- 2. Integração da assistência prestada nas unidades de urgência e emergência à atenção básica, através do serviço de acolhimento das unidades;**
- 3. Contratação dos seguintes médicos pediatras, em regime CLT, 40 horas semanais, para desenvolvimento e ampliação do projeto exposto:**
 - Dr. Marcelo: Volta Grande, Santo Agostinho, Vila Americana;**
 - Dra. Cláudia Regina: Vila Rica Tiradentes e São Geraldo;**
 - Dr. Coutinho: Santa Cruz, Santa Rita e São Luiz;**
 - Dra. Valéria: Açudes I e II;**
 - Dra. Lívia: Belo Horizonte e Coqueiros;**
 - Dr. Brasil: Siderlândia e Padre Josimo;**
 - Dra. Ana Paula: Belmonte e Jd. Belmonte;**
 - Dra. Ângela Braga (20 horas): Vila Brasília.**

Cada profissional pediatra é responsável pela vigilância da saúde, implementação das ações, capacitação permanente de médicos generalistas e controle de resultados, das unidades sob sua responsabilidade. As ações seguem as diretrizes do AIDPI e interligadas a outros programas, e são monitoradas pela Dra. Márcia Cardoso, responsável pela difusão destas diretrizes no Município.

Com a contratação destes profissionais, estamos proporcionando uma cobertura de, em pediatria, de 65% às equipes do PSF, 32 das 49 equipes, com meta de atingirmos 100% até o final deste ano.

A implementação deste projeto, trouxe mais confiança aos profissionais das equipes do PSF, garantindo maior qualidade na atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Volta Redonda.

**Dr. Rodney Gomes
Contatos: gomesmd@uol.com.br**