

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

PAULO FERNANDO CONSTANCIO DE SOUZA

**ESTUDO SOBRE O AUMENTO DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM  
INDICAÇÃO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL ESCOLA  
PÚBLICO MUNICIPAL RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS**

SÃO PAULO  
2010

PAULO FERNANDO CONSTANCIO DE SOUZA

**ESTUDO SOBRE O AUMENTO DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM  
INDICAÇÃO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL ESCOLA  
PÚBLICO MUNICIPAL RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Lucila Pedroso da Cruz

SÃO PAULO  
2010

Romero, Debora; Souza, Paulo Fernando Constancio; Rondinelli, Valéria.

ESTUDO SOBRE O AUMENTO DO ATENDIMENTO A PACIENTES  
COM INDICAÇÃO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL  
ESCOLA PÚBLICO MUNICIPAL RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS DO SUS

Hospitais Públicos – Brasil. 2- Sistema Único de Saúde. 3- Modelos de  
atenção à Saúde. I. Cruz, Lucila Pedroso II Tese de Conclusão de Curso –  
Escola de Administração de Empresa de São Paulo

PAULO FERNANDO CONSTANCIO DE SOUZA

ESTUDO SOBRE O AUMENTO DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM  
INDICAÇÃO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL ESCOLA  
PÚBLICO MUNICIPAL RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS.

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo  
da Fundação Getúlio Vargas, como  
requisito de Trabalho de Conclusão de  
Curso de Especialização em Gestão de  
Serviços Públicos de Saúde – Secretaria  
Municipal da Saúde

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde

Data da aprovação:  
15 de março de 2010

Banca Examinadora:

Prof

Prof.

Prof.

SÃO PAULO  
2010

## AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer a todos que participaram desta nossa odisséia na realização deste trabalho de conclusão de curso.

Em primeiro a quem nos proporcionou a aventura do conhecimento, à Secretaria Municipal de Saúde, pela sábia decisão de profissionalizar seus gestores;

À Diretoria do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder – Vila Nova Cachoeirinha, que nos confiou a realização deste curso;

Aos colegas de profissão, que sempre sabem olhar por nós e compreendem a nossa dedicação; em especial ao Senhor Marcos Cordeiro responsável pelo serviço de informação do Hospital; e a enfermeira Érika que nos auxiliou na organização do Pronto Atendimento;

À nossa orientadora Professora Lucila, que não poupou esforços para nos dar atenção;

Parceiros especiais como o Dr. Roberto Calvoso Junior, que não poupou observações de grande valia;

A Dra. Lilian Tebechrani de Souza, por contribuir diretamente no trabalho com a tradução de nosso resumo, além de suportar o “stress” de seu marido;

E a dedicação de todos os professores da Fundação Getulio Vargas.

Nosso muitíssimo obrigado.

## **LISTA DE SIGLAS em construção**

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMIU – Aspiração Manual Intra Uterina

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CID – Código Internacional de Doença

CO – Citologia Oncótica

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HMMEVNC – Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes  
Altenfelder Silva – Vila Nova Cachoeirinha

MMX – Mamografia

NV – Nascidos vivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Ambulatório de Pronto Atendimento

PG – Ambulatório de Patologia Ginecológica

PPP – Salas de Pré Parto e Parto

PREV SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos

RMM – Razão de mortalidade materna

SEMPLA – Secretaria Municipal de Planejamento

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Ultrassonografia

## RESUMO/ABSTRACT

Este trabalho surgiu em decorrência da real necessidade de aumentar o número de pacientes com indicações cirúrgicas em um Hospital Escola Municipal situado na zona Norte de São Paulo, responsável pela formação de pós-graduandos em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Como gestores públicos, reconhecemos as dificuldades das pacientes em encontrar médicos para o atendimento ginecológico nas UBS, uma vez que os mesmos estão mais destinados ao atendimento Pré Natal. Frente a isto, apresentamos o projeto à Coordenadoria da região Norte de São Paulo, que nos informou que existiam sérias dificuldades de atendimento médico especializado em ginecologia, na região de Pirituba/Perus. Pactuamos então com 21 UBS na subprefeitura de Pirituba/Perus e quatro UBS da subprefeitura de Vila Nova Cachoeirinha. Idealizamos um questionário direcionado a patologias cirúrgicas, que seria aplicado no momento da coleta de citologia oncótica realizada por enfermeiras nessas unidades. Em casos de resposta afirmativa a qualquer uma das questões colocadas, as pacientes teriam sua consulta marcada em nossa Instituição em um ambulatório especializado chamado de Pronto Atendimento Ginecológico, e seriam atendidas por médicos residentes e um preceptor. As pacientes que necessitassem de acompanhamento especializado e/ou tratamento cirúrgico seriam matriculadas em nossa Instituição, e as demais seriam contra referenciadas às Unidades Básicas de Saúde mais próximas à sua residência, com o parecer médico, de forma a darem continuidade ao seu seguimento. Conseguimos com isto o aumento de 37,8% no número de cirurgias, comparativamente entre os períodos de fevereiro a julho de 2008 e fevereiro a julho de 2009.

**PALAVRAS CHAVES** – Hospital, hierarquização, saúde, cirurgias

## ABSTRACT

This paper comes out to cover a necessity to increase the number of patients with a surgical needs in a Major Hospital School situated at the North region of Sao Paulo city. This hospital has played a leading role in the training graduate students in Gynecology, Obstetric and Neonatology. As public manager, we became aware that there are difficulties to find doctors for gynecological care at Health Basic Units (UBS), since the attending physicians are more prepared to take care of pregnant. We presented a Project to the coordinanting body in the northern region of São Paulo, who informed us that the region of Pirituba/Perus there were serious difficulties in specialized medical care in gynecology. So, we made a deal with 21 Health Basic Units from Pirituba/Perus subdistrict and four Health Basic Units from Vila Nova Cachoeirinha subdistrict.

A questionnaire was designed to find out surgery pathologies which would be applied at the time of collection of cytology (pap smear tests) performed by nurses in these units. If any of these questions has an affirmative answer the patients would be have their appointment in our facility from an outpatient clinic, called Care Gynecologic, and would be attended by residents and a preceptor. Patients who require specialized monitoring and/or surgical treatment were enrolled in our institution, and the others would be referenced back the Health Basic Unit closest to their home with a medical report in order to continue the follow up.

With this work we increased 37.8% in the number of surgeries, comparing the periods from February to July 2008 and February to July 2009.

KEY WORDS – Hospital, hierarchy, health, surgery

## INDEX - SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	10
2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES HISTÓRICAS DO HOSPITAL.	
2.1.1 APRESENTAÇÃO DEMOGRÁFICA E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	15
2.1.2 ESTRUTURA DO HOSPITAL.....	16
2.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	20
3 – OBJETIVOS.....	24
3.1 GERAL.....	24
3.2 ESPECÍFICO.....	24
4 – METODOLOGIA.....	24
5 – RESULTADOS.....	30
6 – DISCUSSÃO.....	42
7 – COMENTÁRIOS FINAIS.....	48
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
9 – ANEXOS.....	52

## INDEX – QUADROS

1 - CRONOGRAMA INICIAL DO PROJETO.....	28
2 – FLUXO DE ENCAMINHAMENTO.....	29

## 1 – INTRODUÇÃO

O Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder – Vila Nova Cachoeirinha (HMMEVNC), é uma Instituição Pública que presta atendimento exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) sendo responsável pelo treinamento em serviço “*pós graduação lato senso*” de 36 médicos ginecologistas e obstetras, e 9 em neonatologia. No segundo semestre de 2007, foi observada a queda gradual em cirurgias ginecológicas, apesar da pactuação já existente entre as UBS da região e esta Instituição no encaminhamento de pacientes que necessitam de atendimento em nível secundário. Além desta observação, os médicos residentes estavam descontentes em relação ao número reduzido de cirurgias que vinham realizando durante sua formação, sinalizando uma deficiência de aprendizado no campo cirúrgico ginecológico.

A partir destas constatações, foi observado que, apesar do número de consultas ginecológicas agendadas em nosso ambulatório, muitas destas consultas eram derivadas de queixas sem necessidade de resolução cirúrgica e outras não apresentavam necessidade de acompanhamento por especialistas, devendo ser mantidas em nível de atendimento ambulatorial primário. Muitas pacientes referiam falta de médicos ginecologistas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste momento, procurou-se a Coordenadoria Norte para se obter informações sobre esta situação, para que alternativas viáveis pudessem ser oferecidas.

Entre os problemas encontrados, foi visto que em algumas UBS havia dificuldade de marcações para atendimento pelo especialista ginecologista, porém não pela falta de médicos, mas em decorrência de que estes profissionais estavam com agendamento completo de consultas de pré-natal.

Nestas unidades, as pacientes realizavam apenas os exames de prevenção, como a coleta de citologia oncológica que é feito nas UBS por enfermeiras, num amplo projeto de cobertura para a detecção de alterações citopatológicas de material colhido de colo de útero e fundo de saco posterior.

A consequência desta situação é que, possivelmente, pacientes com doenças mais complexas, como tumores abdominais, tumores mamários, citologias alteradas, anemias crônicas por irregularidades menstruais e queixas de distopias pélvicas com incontinência urinária, ficavam sem o encaminhamento para centros de nível secundário.

Foi proposto um projeto de maneira que as enfermeiras no momento da coleta de citologia oncótica pudessem realizar perguntas direcionadas às pacientes. Desta forma, aquelas que respondessem afirmativamente ao questionário, e que desejassem seriam encaminhadas ao Pronto Atendimento no ambulatório do Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, aonde seriam examinadas pelo residente do terceiro ano e seu preceptor. Com esta intervenção era esperado atender os anseios dos residentes, com o atendimento a pacientes portadoras de necessidades cirúrgicas.

## **2 – REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO HOSPITAL**

O Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha (HMMEVNC) foi fundado em 04 de Dezembro de 1972 pelo Prefeito Figueiredo Ferraz e o Secretário de Higiene, Professor Dr. Carlos da Silva Lacaz.

Situado na Zona Norte de São Paulo, à época uma área de baixo nível sócio econômico, é um Hospital de administração direta, respondendo diretamente à Secretaria Municipal da Saúde.

Em 1972, foi inaugurado o **Posto de Saúde Materno Infantil** dentro do Hospital, tendo como atribuição: Atendimento a todas as Mulheres da região na área de Ginecologia e Obstetrícia (Pré-natal personalizado, primeiro ambulatório de Planejamento Familiar não Universitário).

Em 1973, foi reconhecido como Hospital e Maternidade Escola em Decreto da Secretaria de Higiene e pelo Ministério de Educação e Cultura, tendo início a primeira turma de Residência Médica (1974).

Em 1982, foi inaugurada a primeira casa da gestante de alto risco na América Latina, após experiência pioneira no México. Local em que as pacientes com patologias graves que necessitam vigilância ficam em regime de semi-internação sob rigorosa vigilância nutricional, psicológica e medicamentosa.

A Maternidade teve várias administrações em seus 37 anos e apesar das dificuldades que isto oferece, em decorrência dos diversos interesses envolvidos, foi o ideal de profissionais dedicados e principalmente com uma visão de futuro que permitiu surgir desde 1976 o atendimento multiprofissional às pacientes com câncer de mama. Este grupo multiprofissional formado por equipes de enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas e médicos permitiu oferecer um dos melhores seguimentos às pacientes no Município de São Paulo.

Atualmente, o HMMEVNC é uma Instituição que tem orgulho de prestar 100% do seu atendimento ao Sistema Único de Saúde, sendo considerado nível terciário na atenção a gestante e neonatal e secundário na atenção ginecológica. Apesar de ter em seu nome "Hospital e Maternidade Escola" e ser responsável pela formação de profissionais especializados de Saúde, não tinha a alcunha de ser um Hospital de Ensino. Em decorrência da PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.400, DE 2 DE OUTUBRO DE 2007, assinada pelo Ministro da Saúde Dr. José Gomes Temporão e o Ministro da Educação Sr. Fernando Haddad, a diretoria, no ano de 2009, resolve entrar com a solicitação da Certificação de Hospital de Ensino. Assim que esta certificação for concedida será formalizado o reconhecimento da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão em nossa Instituição, dando maior legitimidade às suas ações, visando o atendimento integral à Saúde da Mulher.

A situação da saúde da mulher, vista nos moldes do sistema previdenciário privilegia a saúde da mulher grávida, em decorrência aos altos índices de morte materna nos países em desenvolvimento.

Os índices são alarmantes. Na Conferência sobre "Maternidade Segura", em Nairobi, 1987, as agências internacionais e os países chamaram a atenção sobre a gravidade da situação referente à mortalidade materna nos países em desenvolvimento, e uma das metas propostas foi sua redução, de tal forma a atingir, no ano 2000, valores correspondentes a 50% daqueles de 1990 (LAURENTI, 2001).

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Desde então vários programas surgiram no qual se destaca o “Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna” da Organização Pan Americana, 1990 adotada nas Américas (LAURENTI, 2001).

A disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando se observa que o Canadá e os Estados Unidos apresentam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, aproximadamente 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos. Em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população.

O valor máximo aceito pela OMS para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV) (THEME-FILHA MM, SILVA RI, NORONHA CP., 1999). Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2008, a razão de mortalidade materna (RMM) não corrigida foi de 77,2/100.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Informações de saúde (dados na Internet). Brasília: Ministério da Saúde. (acessado 2010 jan, 22). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>). Em São Paulo, no ano de 2008, ocorreram 78 óbitos maternos por complicação de gravidez, parto, puerpério o que corresponde a uma taxa mortalidade materna de 44,88 por 100.000 nascidos vivos (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Informações de Saúde (dados da Internet). Serviço Municipal do Planejamento (acessado em 2010 jan, 22 [http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/htmls/10\\_mortalidade\\_materna\\_1984\\_636.html](http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/htmls/10_mortalidade_materna_1984_636.html))).

Sendo assim, existe uma priorização do atendimento de Pré Natal nas Unidades Básicas de Nível Primário (UBS), acarretando uma dificuldade no atendimento pelos médicos das queixas ginecológicas.

O HMMEVNC é referência para o recebimento de pacientes grávidas e com patologias, realizando seu pré-natal e garantido o nascimento de filhos das pacientes. Além da referência em obstetrícia, as pacientes com patologias ginecológicas que necessitem de exames especializados e/ou cirurgias no nível secundário, são encaminhadas pelos médicos ao ambulatório. Há uma dificuldade do agendamento ginecológico nas UBS com os especialistas, acarretando uma dificuldade no encaminhamento ao ambulatório de nível secundário no Hospital.

Programas de prevenção, como a coleta de citologia oncológica e a realização de mamografias, foram intensificados nos últimos anos e têm atingido o seu principal objetivo, que é o diagnóstico de lesões precursoras de patologias malignas. Ocorre que muitas das patologias ginecológicas benignas, que apresentam um impacto social importante como as irregularidades menstruais, miomatoses uterinas, incontinência urinária, encontram dificuldade no agendamento de consultas ginecológicas.

Com a construção de outros hospitais na Zona Norte, na década de 90, foi realizado uma adequação do acesso das pacientes, não tanto pela localização das UBS em relação aos Hospitais, mas sim visando maior facilidade de locomoção destas pacientes.

Em 2004, ocorreu um apoio da Saúde da Mulher das Supervisões de Área da Coordenadoria, Hospitais SUS da região Norte do Município de São Paulo para organizar um treinamento voltado aos médicos de saúde da família e um protocolo de encaminhamento (PROTÓCOLOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA em ginecologia para a região norte do Município de São Paulo, 2005). Este trabalho resultou em uma maior integração entre os médicos especialistas das UBS e médicos da Estratégia da Saúde da Família (ESF), mas no decorrer do ano de 2005, porém, com o surgimento do Projeto da Mãe Paulistana, o qual foi inaugurado no HMMEVNC em março de 2006. Isto fez com que deixássemos de implementar o programa de atenção ginecológica.

No ano de 2007, foi observada a contínua diminuição do número de cirurgias na Instituição, o que passou a trazer descontentamento dos residentes, que reclamavam pelo direito de uma formação médica mais completa. Muitas pacientes recorriam ao ambulatório referindo à inexistência de profissionais nas redes primárias, mas o observado, é que nem sempre era a falta de médico, mas sim a priorização destes no atendimento a gestantes.

A consequência da diminuição do número de cirurgias refletiu diretamente sobre a qualidade de formação profissional dos médicos residentes. A partir da necessidade observada de uma referência de atendimento a mulheres não gestantes com patologias de maior complexidade e da mencionada carência em treinamento de residentes para a realização de cirurgias ginecológicas, surgiu o interesse de criar um mecanismo que tornasse possível a captação de um maior número de pacientes com patologias cirúrgicas.

A Coordenadoria da Região Norte refere ter uma cobertura na coleta de citologia oncológica em 96% das UBS na região da zona norte (2009), mas também afirmou que na subprefeitura de Pirituba/Perus tinha dificuldade no atendimento ginecológico. Foi então realizada a pactuação com 21UBS desta subprefeitura e mais quatro da subprefeitura da Cachoeirinha.

Em Fevereiro de 2008, uma nova diretoria assume, com uma proposta mais abrangente do serviço a ser prestada à Saúde da Mulher, com o desejo da manutenção do atendimento de excelência na obstetrícia. Esta nova liderança nota também o potencial da Instituição em termos de estrutura para o atendimento ginecológico. Era o que faltava para iniciar o projeto.

### **2.1.1 – APRESENTAÇÃO DEMOGRÁFICA E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

O município de São Paulo ocupa uma área de 1509Km<sup>2</sup>, e sua população projetada para 2010 é de aproximadamente 11.057.629 habitantes, segundo site da Prefeitura Municipal de São Paulo. (<http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/>).

A taxa de crescimento no município de São Paulo vem declinando, mas ainda é positiva de 0,59 (IBGE - Censos Demográficos: 1950, 1960, 1970, 1980, 2000 e

Contagem 2007/ Fundação Seade - Projeções Demográficas. Disponível em: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/>).

A população de mulheres que vive na região das subprefeituras de Pirituba - Perus, Vila Brasilândia - Cachoeirinha, Casa Verde, Freguesia do Ó e Limão é de aproximadamente 500.000 mulheres, população esta que é atendida por um número de 50 Unidades Básicas Primárias (anexo 2). O número de hospitais nesta região é de dois Hospitais Municipais com total de 335 leitos e quatro Hospitais Estaduais com total de 756 leitos (anexo 3,4) (dados do site Prefeitura Municipal de São Paulo).

O Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha é uma Instituição voltada para atendimento especializado em ginecologia, obstetrícia e neonatal, com 153 leitos, sendo responsável pelo recebimento de pacientes para atendimento de nível secundário para assistência e realização de exames especializados. (Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, julho 2009)

O Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha obedece a uma grade de pactuação no atendimento, regularizada pela Coordenadoria Regional Norte. Esta grade foi instituída baseada na facilidade de locomoção das pacientes. A grade de referência ginecológica é composta por doze (12) UBS, situadas na subprefeitura da Casa Verde/Cachoeirinha/Limão; vinte e cinco (25) situadas na subprefeitura de Freguesia do Ó/Brasilândia e vinte e uma (21) na subprefeitura de Pirituba/Perus. Estas pacientes devem ser encaminhadas após avaliação do médico Obstetra/Ginecologista da UBS. Outros hospitais gerais da rede Estadual atendem a especialidade de ginecologia, obedecendo a grade pactuada com outras UBS, conforme a orientação da Coordenadoria Regional Norte.

### **2.1.2 – ESTRUTURA DO HOSPITAL**

O HMMEVNC, fundado em 1972 juntamente com o Posto de Saúde Materno Infantil anexo ao Hospital havia sido idealizado com a missão do atendimento especializado em ginecologia e obstetrícia, na região da zona norte do Município de São Paulo.

Atualmente, os ambulatórios contam com 17 salas, sendo uma para coleta de exames, três para atendimento multiprofissional, uma de gerência administrativa e 12 salas de atendimento médico clínico ginecológico e obstétrico. A sua capacidade de atendimento médico e multiprofissional em três períodos é de aproximadamente 7560 consultas/mês, sendo que em 2007 atingia-se um montante de apenas 3500 consultas/mês.

O quadro de funcionários contava com pessoas em vias de aposentadoria, principalmente auxiliares de enfermagem. Com a chegada da nova diretoria em fevereiro de 2008, foi dado um aporte de profissionais (médicos), tendo sido realizada também a abertura para a contratação de estagiários nas diversas áreas do hospital (assistencial e administrativo), o que proporcionou a possibilidade de uma reestruturação na Instituição.

Em 2008, a Prefeitura Municipal de São Paulo abriu concurso público e isto permitiu vislumbrar a chegada de novos funcionários (52 enfermeiras (o), 77 médicos (as), 135 auxiliares de enfermagem e 41 agentes de apoio), previstos inicialmente para o final de 2008.

O número de leitos atual é de 153, 100% destinados a paciente SUS. O centro cirúrgico do HMMEVNC, situa-se em uma porção central do hospital ocupando aproximadamente 1000 metros quadrados de área, sendo composto por pré parto (14 leitos), recuperação pré anestésica (6 leitos), 6 salas cirúrgicas, 4 salas de pré partos e partos (PPP), uma central de material (231m<sup>2</sup>) e, desde julho de 2008, uma UTI adulto com 7 leitos.

As cirurgias eletivas ocorriam em duas salas, ficando as demais (quatro) para o atendimento obstétrico.

As salas de Pré Parto e Parto (quatro) são destinadas ao atendimento de partos vaginais, realizados pelas obstetrias e médicos residentes. No seguimento destas pacientes eventualmente há necessidade de receberem analgesia de parto, e pelo fato de não haver equipamentos (carrinhos de anestesia) em todas as salas, havia resistência em colocar as pacientes nestas salas por parte dos médicos plantonistas. Isto prejudicava o andamento do centro cirúrgico, uma vez que, por vezes as pacientes eram colocadas em trabalho de parto na sala do centro cirúrgico

pela possibilidade de necessitar uma analgesia, o que dificultava o gerenciamento das salas cirúrgicas.

Foram providenciados os equipamentos de anestesia nas quatro salas, possibilitando a realização de analgesia de parto na própria sala de PPP. Uma das salas de PPP foi montada com mesa normal de centro cirúrgico para realização de cirurgias pequenas (Aspiração manual intra uterina, curetagens, vasectomia, debridamentos, e outros). Com esta mudança estrutural, foi possível contar com uma sala de pequenas intervenções, três salas para partos vaginais, três salas para procedimento cirúrgicos obstétricos, duas salas para procedimentos eletivos em tempo integral e uma sala que poderia ser usada tanto pela ginecologia quanto pela obstetrícia. Isto proporcionou um fluxo de cirurgias ampliado, o que viabilizou absorver o aumento no número de cirurgias.

Em relação à enfermaria ginecológica, havia 12 leitos destinados à ginecologia, tendo sido possível o aumento para 18 leitos, todos instalados na mesma enfermaria.

O hospital é de administração direta sendo Unidade Orçamentária. Normalmente apresenta-se até o mês de Outubro a previsão orçamentária para o próximo ano. Em outubro de 2007, o orçamento aprovado para 2008 foi de R\$20.000.000,00. Não se imaginava a necessidade da mudança do perfil do Hospital para o ano seguinte, muito menos a mudança da visão da nova diretoria que assumiria em 2008. O material foi comprado com vistas para os próximos 12 meses, de Março a Março. Em decorrência da queda do número de cirurgias que ocorreu ao final do ano de 2007, foi efetuado um estudo que permitiu vislumbrar uma reserva de insumos. Deste modo, o aumento no número de cirurgias decorrentes da abertura do projeto de captação de pacientes, não interferiria neste orçamento até o final de 2009, período em que novo orçamento poderia ser previsto para os próximos 12 meses.

A previsão orçamentária para 2009, apresentada em Outubro de 2008 foi de R\$23.000.000,00. Com a formação da Secretaria Especial da Mulher, em fevereiro de 2008, instituída pela Prefeitura Municipal de São Paulo, houve uma suplementação orçamentária pela secretaria, destinada a compras de material

permanente, tendo sido designada parte para equipar a nova Unidade de Terapia de Adulto (7 leitos) e parte para a central de material do hospital e centro cirúrgico. Isto propiciou maior agilidade na esterilização de materiais, inclusive dos canulados, responsáveis pela realização das cirurgias de vídeo laparoscopias e histeroscopias, permitindo a realização de mais cirurgias em um mesmo período.

A Secretaria Especial da Saúde da Mulher, cuja sede era localizada no próprio Hospital, foi extinta em Julho de 2009, após o falecimento do Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Esta Secretaria tinha como objetivo criar no HMMEVNC um modelo de atenção integral à Saúde da Mulher. Com ela em fevereiro de 2008, assumiu esta nova diretoria que observou o trabalho que esta Instituição já vinha oferecendo e o seu potencial em poder prestar uma assistência à Saúde da Mulher nos diversos períodos de sua vida, da infância a senectude, passando pelo período da gestação. O projeto de se criar uma interface com as UBS de forma a aumentar o número de cirurgias ginecológicas, foi acolhido pela diretoria, que deu apoio incondicional.

Outro fato que contribuiu para o investimento no projeto foi relativo a uma verba da Secretaria Especial dos Pacientes com Deficiência e Portadores de Mobilidade Reduzida destinada à compra de camas especiais para as enfermarias o que propiciou aumento de leitos de internação (12 para 18 leitos). O motivo para tal aplicação de recursos foi decorrente de algumas características: arquitetura do Hospital projetada com interligação das unidades por rampas; excelência no tratamento ginecológico e obstétrico, além do desejo desta Secretaria em ter uma unidade de referência no atendimento a estas pacientes.

Em Julho de 2008, foi inaugurada a UTI adulto (seis leitos e um isolamento), junto ao bloco cirúrgico. Isto proporcionou uma maior tranquilidade aos profissionais no atendimento às pacientes portadoras de patologias mais graves.

Em decorrência da crise mundial ocorrida em 2009, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo viu-se obrigada a um contingenciamento de recursos no final do ano de 2009, apesar disto houve a sensibilização por parte da Secretaria na liberação de verba para a realização de aditamentos de contratos (25%) com as terceirizadas, principalmente ao contrato de limpeza e nutrição.

Todo este cenário, que parecia propício, levou à idealização deste projeto para aumentar as cirurgias ginecológicas, de forma a atender ao anseio dos residentes, mas também atender a uma população que sofria silenciosamente nas Unidades Básicas de Saúde.

## **2.2 – PESQUISAS BIBLIOGRÁFICAS**

No início do século, o sistema de saúde no Brasil visava apenas o controle de doenças que ameaçavam a força de trabalho e a expansão das atividades econômicas, passando ao final dos anos 90 a focar a saúde como direito do cidadão e dever do estado.

Segundo MENDES (1994), o sistema de saúde brasileiro transitou neste século do sanitarismo campanhista para o modelo médico assistencial privatista até chegar aos anos 80, ao projeto neoliberal, período que a o Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha foi construída.

A estruturação da assistência individual curativa se dá a partir da década de 20, especialmente em 1923, quando foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Elói Chaves, passando por um período em alta até 1930, entrando em um período de contenção de 1940 a 1945. Somente após 1945, as empresas passam a ter uma aceitação de dar atenção a seus empregados no que se refere à assistência médica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Na década de 40, foi criada a Fundação Serviço Especial Pública (SESP) e em 1953 o Ministério da Saúde (MEHRY; QUEIROZ, 1993).

Na 3ª Conferência Nacional da Saúde em 1963, foi então aprovada a Municipalização dos serviços de saúde, que, em virtude da implantação do regime militar em 1964, teve que aguardar (MULLER NETO, 1991; MEHRY; QUEIROZ, 1963; MENDES, 1994).

Com a unificação em 1966 das Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões do Instituto de Previdência Social (INPS), a medicina previdenciária passou a ter prioridade na política nacional em relação à saúde pública, e o modelo médico

assistencial privatista passa a existir (ROCHA, 1986; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1994).

A base da hegemonia do modelo médico assistencial se dá na década de 70, que se assenta no seguinte tripé: **Estado**, financiador através da Previdência Social; **Setor Privado Nacional** como prestador de serviços, e o **Setor Privado Internacional** como produtor de insumos, com equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1994).

O Programa Nacional de Serviços Básicos (PREV-SAÚDE) e o Plano Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (CONASP), que objetivava a universalização dos cuidados primários, a extensão da cobertura e melhorias das condições sanitárias da população, surgem na década de 80 com a crise da Previdência Social (BRASIL, 1980; ROCHA, 1986; MENDES, 1994).

Foi o **Plano de Racionalização Ambulatorial**, proposto pelo CONASP, que levou à formulação das Ações Integradas de Saúde (AIS). A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília influenciou em dois processos que se iniciaram em 1987 com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde).

O HMMEVNC, nasce no meio de todo este cenário, com a missão de prestar atendimento à população da zona norte e proporcionar a educação desta população, situada em uma região carente de São Paulo, e promover a formação de profissionais. A assistência multiprofissional prestada no serviço tem reconhecimento internacional.

A lógica da organização funcional e operacional do SUS é formada pela hierarquização, regionalização e integração, como base técnica e administrativa de todo sistema, concebida e dimensionada pela universalização do atendimento médico em todos os níveis (BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1987).

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua implantação, contempla a Hierarquização – definida pelo nível crescente de complexidade dos atos e intervenção médica; Regionalização – representada pela delimitação de uma base geográfica para todos os níveis de serviços, concentrando em determinados

Municípios, maiores recursos tecnológicos e humanos, e a Integração dos recursos de saúde, ou seja, a utilização conjunta dos recursos existentes sejam eles Municipais Estaduais ou Federais.

O SUS foi hierarquizado em três níveis assistenciais:

**Primário** – destinado a consultas clínicas de baixa complexidade (UBS, AMAs). Em decorrência da municipalização, este nível passou a ser coordenado, técnica e administrativamente, política e economicamente em regime de co-gestão, pelas Secretarias Municipais de Saúde (MERCADANTE, 1998).

**Secundário** – constituído pela rede de hospitais próprios, conveniados e ambulatorios de especialidades destinadas a atendimentos médicos e intervenções cirúrgicas de média complexidade. Também fazem parte deste nível os ambulatorios regionais de especialidade (ARE), ambulatorios regionais de saúde mental (ARSM), pronto atendimento médico (PAM), e hospitais conveniados (filantrópicos ou não).

**Terciário** – constituído por hospitais-escola (geralmente ligados a uma universidade), destinados a procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, de média e alta complexidade, em todas as especialidades dando apoio aos demais níveis.

A questão de regionalização não é nova. Em 1920, o “Informe Dawson” na Inglaterra já citava que existia a necessidade de certo número de centros primários que atuariam sob a supervisão e recebendo ajuda de centros secundários, os quais seriam coordenados por um hospital de ensino de maior complexidade (BRAVO, 1974; ALVAREZ, 1985). No Brasil, o PREV SAÚDE já trazia entre suas diretrizes a regionalização e hierarquização (Brasil, 1980). Segundo LOBO (1986), “deve-se regionalizar para assegurar cobertura”, ou seja, para definir os serviços responsáveis pelo atendimento da população.

O problema que se observa com frequência é a baixa resolutividade na linha de cuidado pelo nível primário, o que acarreta um estrangulamento natural entre o nível primário e o secundário (especialidades e apoio diagnóstico).

MERHY, 2004 em seu livro “O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano”, aborda essa questão com muita propriedade, e tomamos a liberdade de transcrever o texto abaixo:

*“O pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:*

*A – Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.*

*B – Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”.*

*C – Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção.*

*D – Garantia de contra-referência para a Estratégia Saúde da Família (ESF's) na Unidade Básica, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.*

*E – Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.*

*F – Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.*

*G – Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença.” (MERHY, 2004; pg. 126)*

A agilidade no atendimento e as referências claras, que levam o usuário a satisfazer suas reais necessidades são, portanto, pontos de suma importância para que o SUS seja considerado eficiente. (MARQUES GQ, LIMA MADS., 2007).

A idealização do projeto para aumentar as cirurgias ginecológicas no HMMEVNC vincula-se diretamente às diretrizes do SUS, de forma a atender ao anseio dos residentes, mas também atender a uma população que sofria silenciosamente nas UBS.

Para tal, foi organizada uma linha de cuidado (anexo 2), sem esquecer os princípios fundamentais do SUS, em relação à Regionalização, Hierarquização e Equidade. É sabido que parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica (FRANCO, 2003). Em levantamento realizado por MAGALHÃES (2002), foram encontradas 70,96% de guias de encaminhamento com informações insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva em nível secundário, podendo indicar segundo o autor uma utilização restrita dos recursos disponíveis no nível de atenção básica ou a desvinculação entre as equipes e os usuários.

A integralidade de atenção à Saúde começa pela organização dos processos de trabalho, onde a assistência deve ser multiprofissional.

### **3 – OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Aumentar o número de cirurgias ginecológicas.

#### **3.2 Objetivo Especifico**

Avaliar o número de pacientes com queixas potencialmente cirúrgicas, encaminhadas por meio de questionário aplicado por enfermeiras da rede básica, e o impacto sobre o aumento de cirurgias ginecológicas.

### **4 – METODOLOGIA**

#### **Fase de Elaboração do questionário:**

Foi levado o projeto para ser discutido com a Coordenadoria Norte, para que fosse identificado, dentro da competência de regionalização, onde havia maior demanda reprimida para atendimento ginecológico, portanto, um maior potencial de diagnósticos cirúrgicos triados pela enfermagem que colhia a citologia oncótica .

O projeto foi acolhido sendo que a área para iniciar esse “projeto piloto” seria 21 unidades da subprefeitura de Pirituba/Perus e mais quatro unidades da subprefeitura de Cachoeirinha/Casa Verde, situado na zona Norte de São Paulo.

Uma vez acordados apresentamos cronograma (quadro 1) e inicialmente cabia a confecção de um questionário pela equipe técnica.

A elaboração do questionário (anexo 1) foi visto como a peça fundamental para que pudéssemos atingir o nosso objetivo. Ele deveria ser claro, com perguntas pontuais e que pudessem ser entendidas pelas pacientes, com palavras leigas de preferência. As enfermeiras seriam esclarecidas deste processo, de forma a não divergirem do objetivo primeiro, que era dar assistência cirúrgica a quem necessita.

Foi apresentado a linha de cuidado (quadro 2), de forma a que todos pudessem entender e seguir um fluxo único. As pacientes encaminhadas e que ao exame não houvesse necessidade de estarem no nível secundário seriam contra referenciadas em formulário próprio, explicando o motivo da devolutiva desta paciente, sendo encaminhada a UBS mais próxima de sua residência.

**O questionário contaria com as seguintes informações:**

- 1) Unidade de origem e Data de atendimento na UBS;
- 2) Nome da paciente, Idade e Data da Última Menstruação;
- 3) Seu fluxo normal está aumentado (mais de dez dias ou sinais de anemia);
- 4) Histórico de miomas (Sim ou Não);
- 5) Ultrassonografia nos últimos dois anos (Sim ou Não); Alguma alteração?  
Mioma (Sim ou Não); Tumor anexial maior que 6 cm (Sim ou Não);
- 6) Queixa de perda de urina aos esforços (Sim ou Não);
- 7) Queixa de bola na vagina (Sim ou Não);
- 8) Citologia alterada (Sim ou Não);
- 9) Carço nas mamas (Sim ou Não)
- 10) OBS. Na resposta afirmativa para um dos itens demandará encaminhamento para o Pronto Atendimento de Ginecologia do Hospital e maternidade Vila Nova Cachoeirinha;
- 11) Nome do entrevistador com o local da entrevista (Visita Domiciliar ou coleta de citologia oncológica);
- 12) Data da consulta agendada
- 13) Local e endereço com telefone
- 14) Data do encaminhamento

### **Fase Treinamento**

- Treinamento das enfermeiras de 21 Unidades Básicas de Saúde da região de Pirituba/Perus e quatro da região de Vila Nova Cachoeirinha, de forma a realizar a investigação adequadamente. As pacientes que não necessitassem ficar na Instituição, seriam contra-referenciadas com as necessárias recomendações. As enfermeiras orientavam as pacientes a levarem seus exames anteriores na consulta no Pronto Atendimento (PA), tais como ultra-sonografias, citologia oncótica, mamografias e bioquímicos..
- Treinamento da equipe de gerência do ambulatório, colaboradores administrativos, colaboradores na área da saúde, equipe de enfermagem, equipe médica e médicos residentes, alertando que estas pacientes seriam encaminhadas com o questionário preenchido por enfermeiras e que seriam avaliadas pelo residente do terceiro ano junto ao preceptor para realizar uma triagem observando a queixa específica das pacientes. Aquelas que ao exame físico tivessem a queixa confirmada seriam então matriculadas e passariam por uma consulta com os médicos ginecologistas especialidade, agendadas na Instituição. Aquelas pacientes que apresentassem queixas de outras especialidades eram encaminhadas para equipe de assistentes sociais, de forma a melhor orientar a paciente.
- Todos os colaboradores foram orientados para que as pacientes que necessitassem de exames complementares para elucidação diagnóstica retornariam como exceção, no próprio PA ou, se o exame clínico já fosse suficiente, automaticamente seriam matriculadas, com consulta agendada no ambulatório de especialidade ginecológica, uro-ginecologia, mastologia e/ou oncologia pélvica.

### **Fase de coleta de dados**

- Coleta de dados com a origem e destino das pacientes que passaram em consulta no período do Projeto.
- Início do Projeto, 22/07/2008 e término 30 de Julho de 2009
- Realização de estudo com levantamento dos prontuários das pacientes submetidas à cirurgia ginecológica no período de 01 de fevereiro de 2009 a 30 de Julho de 2009. Este levantamento foi feito por meio do livro de registro do centro cirúrgico, com

intuito de avaliar quantas destas pacientes haviam sido encaminhadas através desse ambulatório de Pronto Atendimento Ginecológico e/ou em decorrência da aplicação do questionário.

- A escolha para a realização do levantamento das cirurgias se deu no período de fevereiro a julho por saber que neste período já teríamos condições de avaliar o impacto das pacientes do Pronto Atendimento (PA), uma vez que as primeiras pacientes chegariam no mês de Agosto e dariam início ao processo de consultas no ambulatório de especialidades, consultas de avaliação clínica e pré anestésica. Sendo assim, realizando o levantamento dos casos operados pelo livro do centro cirúrgico no segundo semestre do projeto teríamos a real idéia do impacto na Unidade Cirúrgica. Do universo de 1063 cirurgias realizadas no período, levantamos uma amostra significativa de 752 prontuários.

- Após o levantamento dos registros de prontuários e nomes dos pacientes no livro do centro cirúrgico, foi solicitado ao Serviço de Arquivos, o levantamento dos prontuários.

- Nos prontuários foram levantados os seguintes dados:

1- A paciente era proveniente do pronto atendimento?

2- O encaminhamento foi efetuado pelo formulário da enfermagem?

3- O encaminhamento foi efetuado por outro meio?

4- Número de dias para marcação de consultas:

entre Unidade Básica de Saúde e Pronto Atendimento;

entre o Pronto Atendimento e o Ambulatório de especialidade ginecológica (PG);

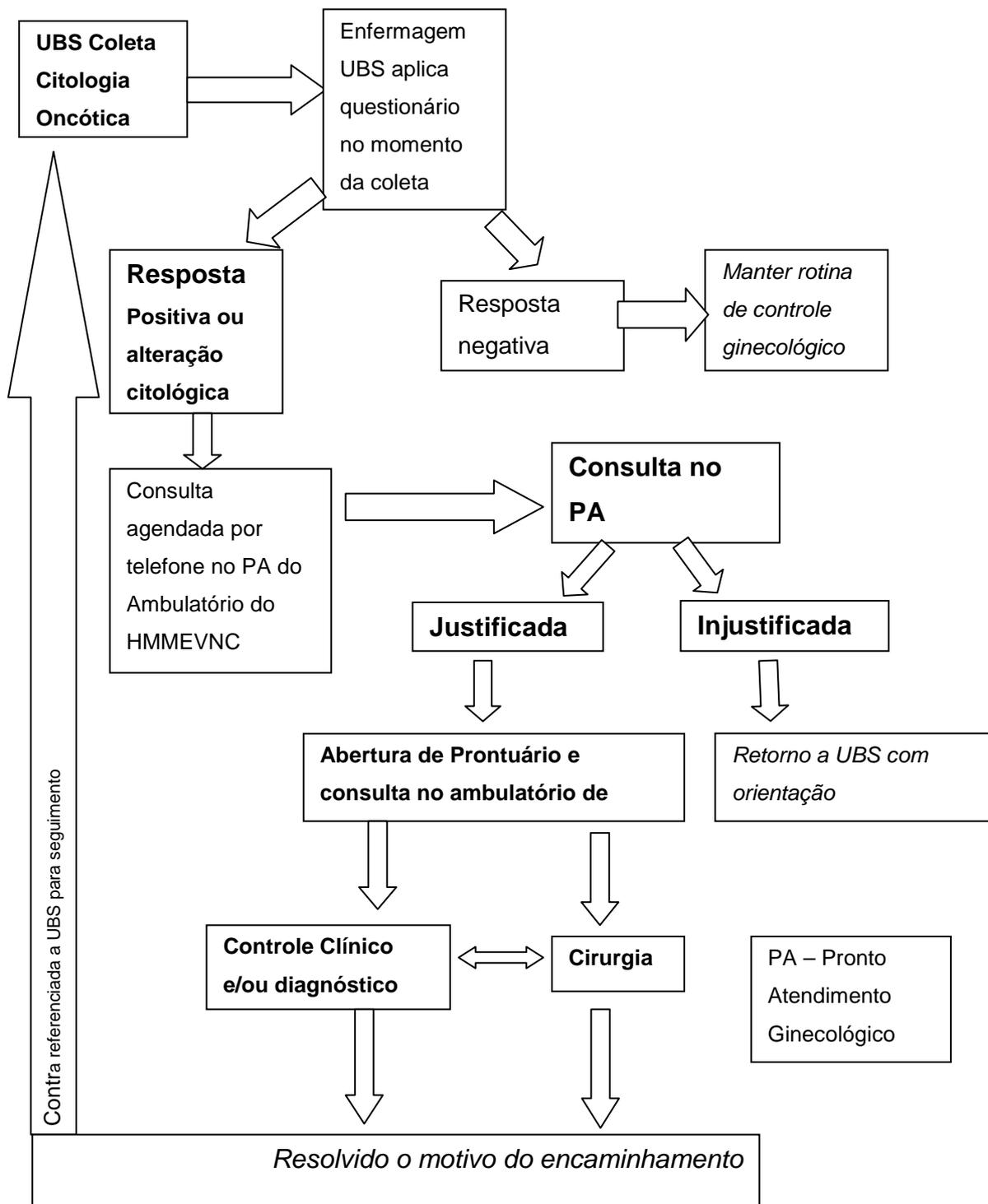
entre o PG e o dia cirúrgico.

5- Queixa da paciente no momento do encaminhamento.

- Nos arquivos do hospital, foi possível levantar dados como: a origem das pacientes, ou seja, de que UBS elas eram oriundas, exames que realizaram



Quadro 2 – FLUXO DE ENCAMINHAMENTO pelas enfermeiras ao Pronto Atendimento Ginecológico do ambulatório do HMMEVNC



## 5 – RESULTADOS

No dia 22 de julho de 2008 deu-se início ao atendimento às pacientes encaminhadas das UBS. O agendamento é feito por telefone no ambulatório do Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

No período de um ano (22/07/2008 a 30/07/2009), 5329 pacientes foram agendadas. As informações não foram adequadamente preenchidas em 2,39%, as quais foram excluídas para o cálculo percentual.

O índice de absenteísmo foi de 1343 (25,06%), o número de pacientes contra-referenciadas foi de 1368 (35,19%) e as pacientes que abriram prontuário para atendimento no ambulatório ginecológico foi de 2520, o que corresponde a 64,81%.

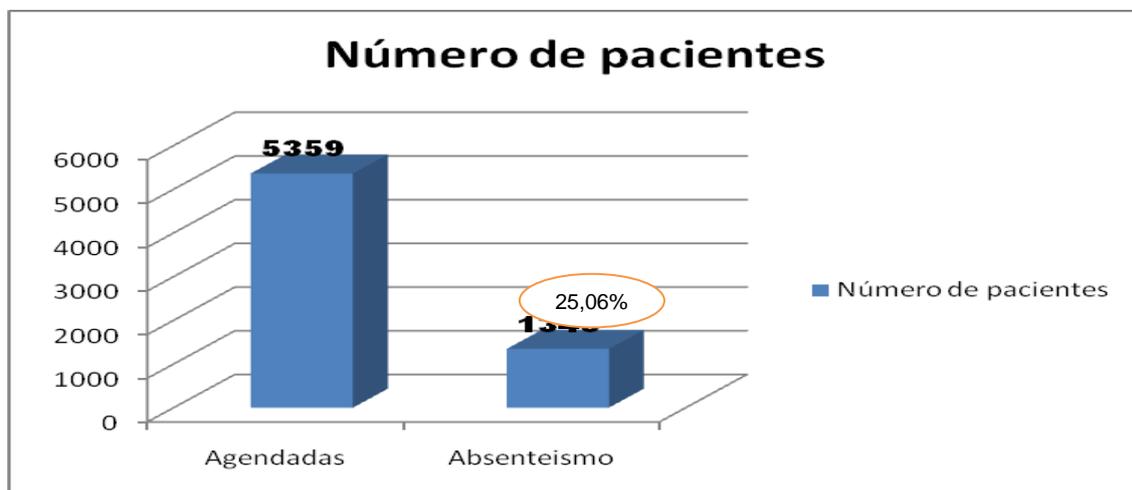
Das 3888 pacientes efetivamente atendidas houve necessidade de realização de exames de citologia oncológica, mamografia e ultrassonografia de forma a corroborar no diagnóstico. Os números destes exames podem ser visto no Tabela 2.

Tabela 1 – Número de pacientes atendidas no Pronto Atendimento Ginecológico no período de 22/07/2008 a 31/07/2009

	Número de pacientes	Porcentagem
Agendadas	5359	
Branco	128	2,39%
Absenteísmo	1343	25,06%
Retorno à UBS	1368	35,19%
Abertura de prontuários	2520	64,81%
Efetivamente atendidas	3888	

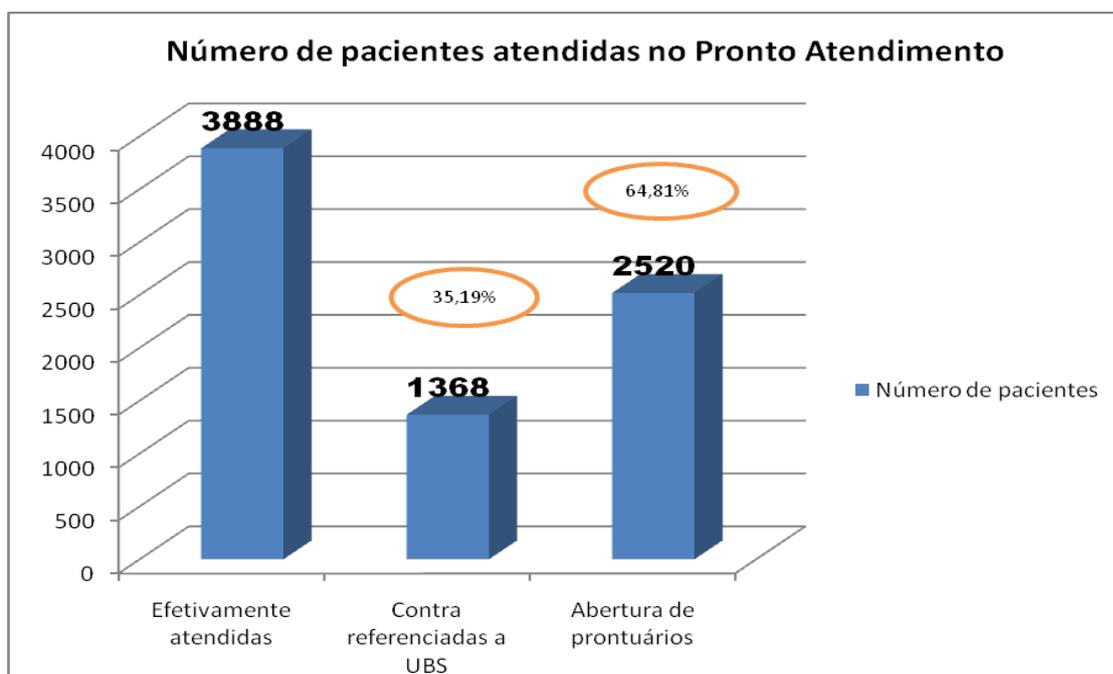
Fonte – Banco de dados do Pronto Atendimento SITEC2009

Gráfico 1 – Número de pacientes atendidas no Pronto Atendimento no período de 22 de julho de 2008 a 31 de julho de 2009, e número de pacientes que não compareceram à consulta



Fonte – Levantamento de dados do pronto atendimento SITEC

Gráfico 2 – Comparativo entre o número de pacientes efetivamente atendidas e que retornaram à UBS e que foram abertos prontuários no período de 22 de julho de 2008 a 31 de julho de 2009



Fonte – Levantamento de dados do pronto atendimento SITEC

Das pacientes atendidas no pronto atendimento nos 12 meses, houve solicitação de exames complementares, pelo pronto atendimento.

Tabela 2 – Exames solicitados pelo Pronto Atendimento

Exames solicitados no Pronto Atendimento	Número	%
Citologia Oncótica	65	1,67%
Mamografia	611	15,72%
Ultrassonografia	341	8,77%

Fonte – Levantamento de dados do pronto atendimento SITEC

Das pacientes que abriram prontuário, no período de 12 meses, para atendimento, foram atendidas nas diversas especialidades na tabela 3.

Tabela 3 – Especialidades atendidas

Especialidades	Número	Porcentagem
Ambulatório Ginecologia*	1352	53,65%
Clínica - Cirurgia Plástica	3	0,12%
Doença Sexualmente Transmissível	34	1,35%
Endocrinologia e Reprodução Humana	46	1,83%
Mastologia	313	12,42%
Multiprofissional	3	0,12%
Oncologia	70	2,78%
Pré Natal	12	0,48%
Uroginecologia	145	5,75%
Videolaparoscopia	21	0,83%
Exames Especializados	521	20,67%

Fonte – Banco de dados do Pronto Atendimento SITEC2009

\* O ambulatório de ginecologia, reúne a maioria das patologias ginecológicas clínicas e cirúrgicas.

O projeto foi formalizado para o atendimento a 24 UBS de Pirituba/Perus e quatro UBS de Vila Nova Cachoeirinha, bem como a demanda do nosso Pronto Socorro. Nas UBS seria aplicado o questionário pelas enfermeiras no momento da coleta de citologia oncótica. Já em nosso Pronto Socorro, os profissionais foram orientados para ao identificarem pacientes que necessitassem de acompanhamento em nível secundário, cirúrgico ou não, poderiam solicitar o agendamento destas pacientes no Pronto Atendimento.

No levantamento efetuado observamos que 59% das pacientes foram provenientes destas regiões (Pirituba, Perus Casa Verde /Cachoeirinha). Se somado aos casos identificados no nosso Pronto Socorro (2,31%) teremos o total de 61,36% dos atendimentos feitos segundo o projeto inicial.

Foi observado um número expressivo de procura espontânea, tal fato se deu, no decorrer do projeto, em decorrência das diretrizes tomadas pela diretoria, na não recusa de pacientes que procurassem agendar espontaneamente a consulta no pronto atendimento ginecológico. Essa demanda espontânea representou 21,90% das pacientes atendidas. Além disso, houve agendamento de outros locais da Zona Norte, utilizando essa porta de entrada, como “triagem” de outras UBS, sem o encaminhamento de enfermagem.

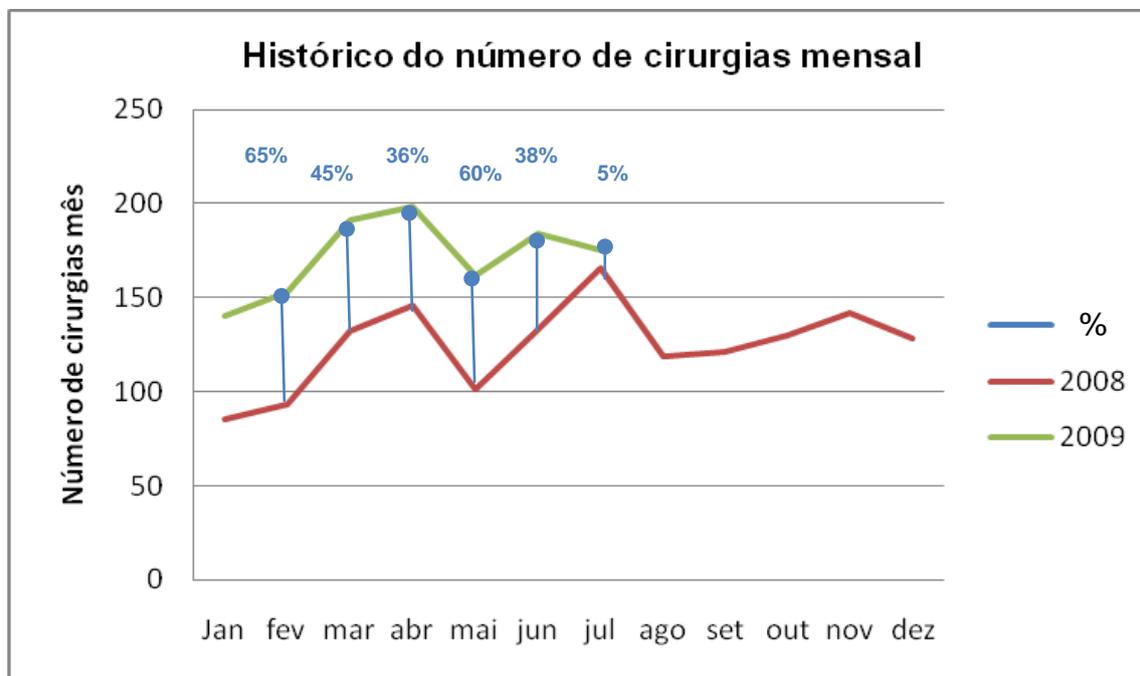
Tabela 4 – Origem do encaminhamento para o Pronto Atendimento

Locais de encaminhamento	Porcentagem
Pirituba	33,46%
Perus	17,51%
Fo Brás	10,33%
Casa verde Cachoeirinha	8,08%
Santana Tucuruvi	0,62%
Tremembé	0,15%
Vila Maria	0,07%
Outros	1,73%
Espontâneo	21,90%
Pronto Socorro Maternidade	2,31%
Branco	3,84%

Fonte – Banco de dados do Pronto Atendimento SITEC2009

Faz-se necessário apresentar um histórico do número de cirurgias realizadas desde 2007. Observa-se no gráfico abaixo a evolução do número de cirurgias mês a mês, bem como, o percentual nos meses de referência, para que possa ser observado o resultado deste trabalho.

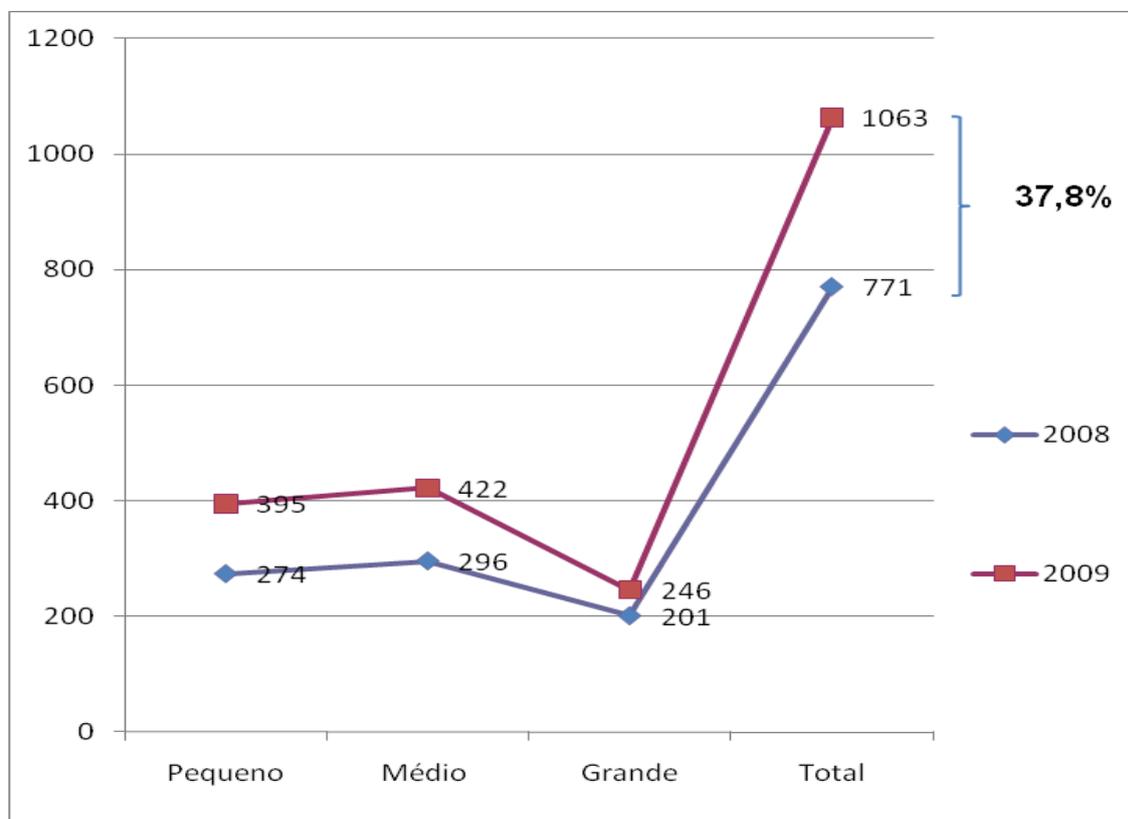
Gráfico 3 – Série histórica do número de cirurgias ginecológicas por mês no Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, 2007-2008-Julho/2009



Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

Em relação ao número cirúrgico, foram comparados os períodos de Fevereiro a Julho dos anos de 2008 e 2009, de forma a poder analisar o impacto no aumento cirúrgico, que foi de 771 para 1063 cirurgias, ou seja, 37,8%. Observa-se que o aumento ocorreu predominantemente nos portes pequenos e médios, sendo esta uma das características do atendimento em nível secundário. Deve ser salientar que o número de cirurgias não corresponde ao número de pacientes, uma vez que as pacientes podem ser submetidas a mais de uma cirurgia no mesmo ato anestésico ou ainda submeter-se a dois procedimentos em datas diferentes no período levantado.

Gráfico 4 – Comparativo do aumento do número de cirurgias por porte cirúrgico entre os meses de Fevereiro/Julho de 2008 e Fevereiro/Julho de 2009



Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

Das 1063 cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2009, foram levantados 752 prontuários, onde se analisou os seguintes dados:

Registro Hospitalar, nome da paciente, data de abertura do prontuário, data da consulta no PA, data da consulta na especialidade encaminhada, data de internação, data da cirurgia, diagnóstico inicial no PA, cirurgia realizada, e o diagnóstico pós cirúrgico.

Observou-se que na amostra levantada de 752 pacientes operadas no período de Fevereiro a Julho de 2009, as principais patologias separadas por grupo do Código Internacional de Doença (CID10) foram:

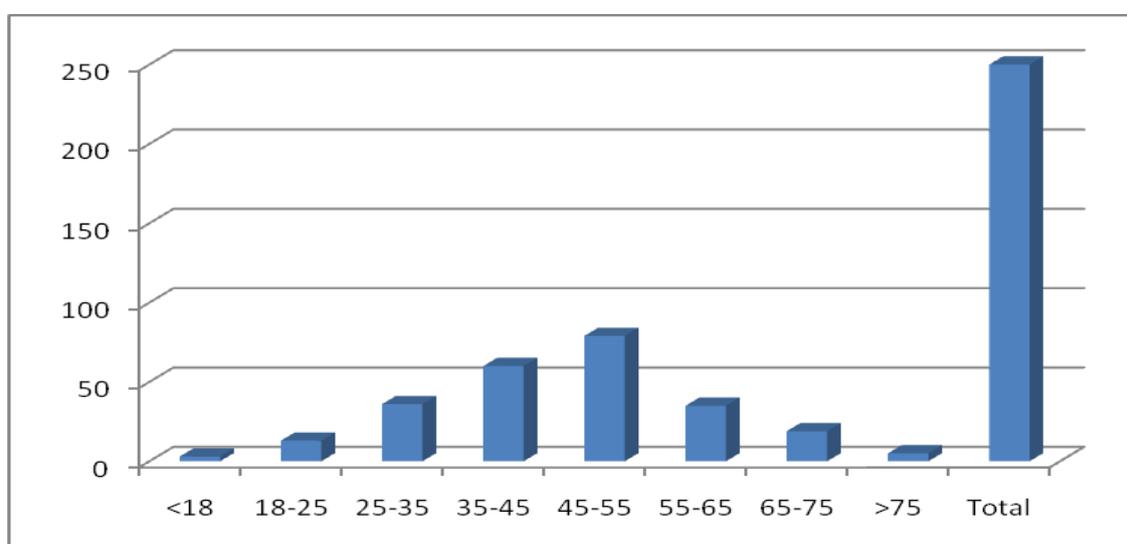
Tabela 5 – Principais patologias encontradas em 752 pacientes operadas no período de Fevereiro/Julho 2009

CID 10	DESCRIÇÃO DO GRUPO	NÚMERO
C50	NEOPLASIAS MALIGNA MAMA	40
C53	NEOPLASIA COLO UTERINO	38
D25	LEIOMIOMAS	105
N39	OUTROS TRANSTORNOS TRATO URINÁRIO	49
N61	TRANSTORNOS INFLAMATÓRIO MAMA	7
N63	NODULO MAMA NÃO ESPECIFICADO	30
N75	DOENÇAS GLÂNDULA BATHOLIN	12
N80	ENDOMETRIOSE	173
N84	POLIPO TRATO GENITALINFERIOR	61
N85	OUTROS TRANSTORNOS NÃO INFLAMATORIOS DO UTERO EXCETO COLO	27
	DEMAIS CID	210
	TOTAL	752

Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

Da amostra de 752 pacientes que foram submetidas à cirurgia no período de Fevereiro a Julho de 2009, 250 (33%) apresentavam o encaminhamento preenchido. Sendo que 176 (23%) advindos das UBS pactuadas e 74 (10%) que vieram por outros documentos de encaminhamento (receituários, folhas de referência e contra-referência). A faixa etária preponderante das pacientes foi entre 35-55 anos, conforme gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição por faixa etária, encaminhadas pelo formulário



Fonte – levantamento dos 250 pacientes operadas com formulários preenchidos

No levantamento dos prontuários das pacientes operadas, 176 apresentavam o formulário preenchido e foram levantadas as queixas das pacientes relatadas à enfermeira, ao serem questionadas. Apresentamos no gráfico seis (6) as queixas das pacientes mais frequentes.

Gráfico 6 – Frequência porcentual das queixas apresentadas pelas pacientes



Fonte – Amostra de 250 pacientes encaminhadas ao Pronto Atendimento com formulário, de 752 prontuários das pacientes operadas no período de Fevereiro a Julho de 2009

Deve-se salientar que das 176 pacientes encaminhadas, 15,34% (27) das pacientes submetidas a cirurgia houve a confirmação de lesões precursoras de patologias malignas ou que já apresentavam patologia maligna, tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos sitios de localização de tumores ou lesões precursoras

	NÚMERO DE PACIENTES	%
CANCER MAMA OU LESÃO PRECURSORA	9	33,33%
LESÃO PRECURSORA OU CARCINOMA DE COLO	16	59,26%
TUMOR ABDOMINAL	1	3,70%
NEOPLASIA VULVAR	1	3,70%
TOTAL	27	

Fonte – Amostra de 176 questionários, de 752 prontuários das pacientes operadas, no período de Fevereiro a Julho de 2009

Os dados colhidos também foram usados para fazer uma relação entre os diagnósticos encontrados pela enfermagem e por outros encaminhamentos geralmente efetuados por profissionais médicos das UBS, os dados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Comparativo entre as patologias encontradas nas cirurgias, com as patologias encaminhadas através do formulário criado para preenchimento pelas enfermeiras no momento da coleta de citologia oncótica.

CID 10	DESCRIÇÃO PATOLOGIA	OPERADAS TOTAL	%	ENFERMEIRAS	%
C50	NEOPLASIAS MALIGNA MAMA	27	3,59%	9	5,11%
C51	NEO VULVA	0	0,00%	1	0,57%
C53	NEOPLASIA COLO UTERINO	19	2,53%	16	9,09%
C56	NEO OVARIO	0	0,00%	1	0,57%
D25	LEIOMIOMAS	63	8,38%	28	15,91%
N39	OUTROS TRANSTORNOS TRATO URINÁRIO	32	4,26%	13	7,39%
N61	TRANSTORNOS INFLAMATORIO MAMA	2	0,27%	3	1,70%
N63	NODULO MAMA NÃO ESPECIFICADO	14	1,86%	14	7,95%
N75	DOENÇAS GLANDULA BATHOLIN	5	0,66%	5	2,84%
N80	ENDOMETRIOSE	109	14,49%	45	25,57%
N81	PROLAPSO GENITAL	27	3,59%	8	4,55%
N84	POLIPO TRATO GENITALINFERIOR	50	6,65%	6	3,41%
N85	OUTROS TRANSTORNOS NÃO INFLAMATORIOS DO UTERO	16	2,13%	11	6,25%
	OUTROS CID	138	18,35%	16	9,09%

Fonte – Serviço de Informações e Estatística HMMEVNC, 2009

O porcentual de concordância entre a queixa da paciente apontada no formulário de encaminhamento e o procedimento cirúrgico realizado, foi de 62%, ou

seja, dos 176 formulários preenchidos, 109 apresentavam a queixa da paciente compatível ao procedimento cirúrgico ao que a paciente foi submetida.

O tempo médio entre as consultas da UBS e o Pronto Atendimento foi de 33 dias, e entre a consulta do Pronto Atendimento e Ambulatório de Patologia Ginecológica (PG) 35 dias, o que reflete indiretamente a questão de oferta e demanda. Já o tempo para a marcação de cirurgia média foi de 120 dias. Neste ponto salientamos que segundo protocolo de ginecologia, as pacientes com mais de 40 anos, ou aquelas com menos de 40 anos, mas que clinicamente necessitem avaliação da clínica médica deverão ter a avaliação deste profissional, e todas as pacientes serão avaliadas pré operatoramente pela equipe de anestesia. Salienta-se que houve um retardamento na chegada de novos profissionais da contratação do concurso ocorrido em setembro de 2008.

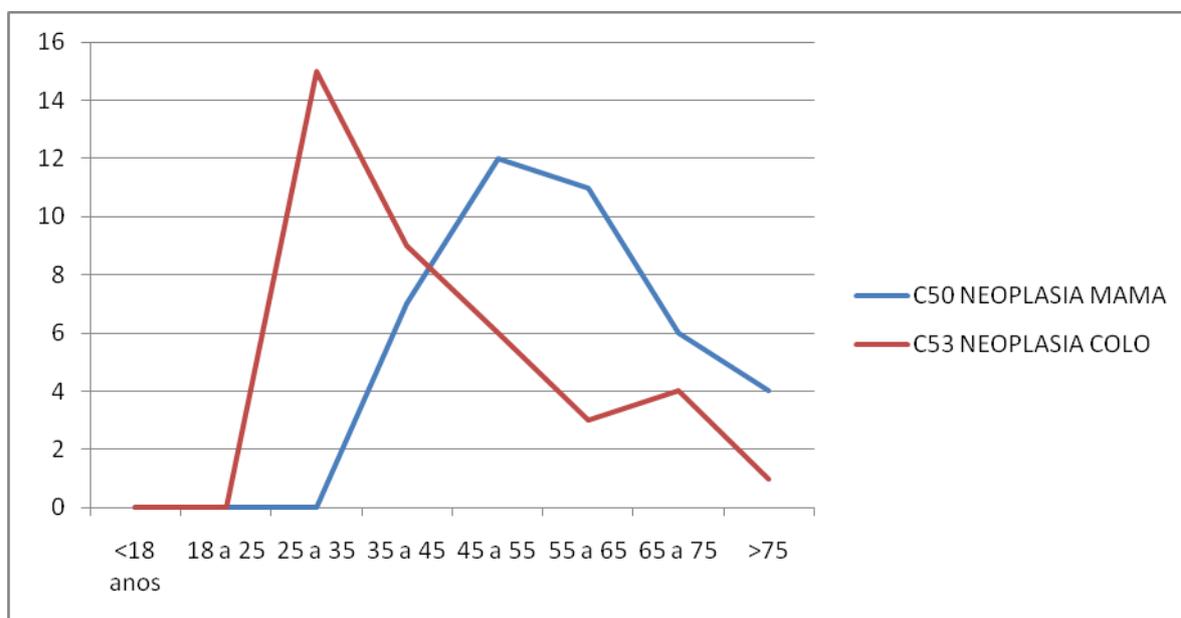
Gráfico 7 – Tempo médio em dias entre as consultas e cirurgias



Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

Na relação entre faixas etárias foi observado que as lesões precursoras e casos de câncer de colo ficaram mais prevalentes entre 20 e 45 anos, o que coincide com a literatura (VEIGA FR., 2006) enquanto as neoplasias mamárias acima dos 50 anos, consonante com a literatura nacional e internacional (GUERRA MR., 2005).

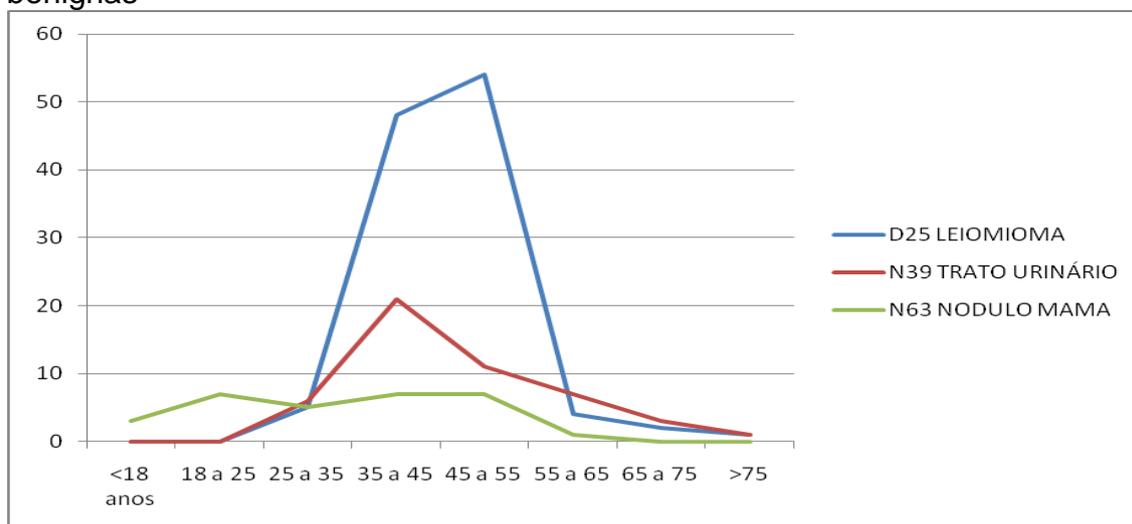
Gráfico 8 – Relação da patologia por CID e faixa etária, patologias malignas



Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

Em relação às patologias benignas notamos que a faixa etária mais prevalente para os leiomiomas foi entre 35 e 50 anos, as patologias do trato urinário acima dos 45 anos e os nódulos mamários entre os 17 e 50 anos. A análise destes dados tem sua importância podendo permitir montar uma linha de cuidado para cada uma destas patologias.

Gráfico 9 - Relação da patologia por CID e faixa etária, patologias benignas



Fonte – Serviço de informação e estatística do HMMEVNC, 2009

## 6 – DISCUSSÃO

Ao analisar a situação vivida na época, percebeu-se que o entrave estava fora de nossa governabilidade, pois o que ocorre é que devido à prioridade no atendimento a gestantes, muitos locais, não conseguiam ter a oferta necessária para consultas periódicas com ginecologista. Outras unidades de PSF, não faziam perguntas específicas para diagnóstico das principais patologias como: mioma, distopias, nódulos de mamas, alterações do ciclo menstrual, tumores ovarianos, incontinência urinária de esforço.

Deve ser salientado que é frequente a população usuária utilizar a porta da urgência, não só para os casos agudos, mas também de forma eletiva, para completar os atendimentos da UBS e das unidades especializadas. As utilizações indevidas descaracterizam a missão do atendimento de urgência, o que coloca o usuário em uma situação de ter que justificar a sua necessidade para ser atendido.

Acredita-se que uma porta de entrada organizada para acolher o usuário faz dessa distorção uma agenda de discussão, levando em conta que existe uma demanda reprimida que bate à porta dos serviços de pronto socorro e que precisa de respostas às suas necessidades. Porém, o que é observado, é a penalização da vítima pelo uso indevido do recurso de saúde, fazendo-a peregrinar.

Naquele momento, foi detectada a necessidade de criar uma forma para que essa munícipe com queixa ginecológica e com potencialidade de resolução cirúrgica pudesse ter acesso ao nível secundário, sem aguardar uma consulta com o especialista da UBS, e ao mesmo tempo, não desarticulando a hierarquia do SUS.

Partindo-se da premissa de que a macrofunção gestora de coordenação, regulação, controle e avaliação do SUS é uma atribuição das três esferas de governo. Ao município, em especial, cabe organizar a porta de entrada do sistema, estruturar a rede básica, estabelecer fluxo de referência e contra referência e buscar integrar a rede de serviços e promover a articulação com outros municípios.

Quanto ao desenvolvimento desta macrofunção no município, as enfermeiras têm se inserido em diversos espaços da Secretaria Municipal da Saúde. A ocupação

desse cargo revela a importância dessas profissionais na sustentabilidade e operacionalização dos serviços e exames pela esfera da saúde (SOUZA, MKB; MELO, CM.; 2009)

A partir da informação de que enfermeiras treinadas colhiam colpocitologia oncológica em todas as UBS, num amplo programa de prevenção ao câncer de colo uterino; foi aberta a discussão sobre a possibilidade de utilizarmos as enfermeiras na aplicação do questionário, sendo dado o treinamento e orientação.

A idéia foi bem aceita pela Coordenadoria da Região Norte, que solicitou iniciar com a região de Pirituba/Perus por ser a mais carente em ginecologistas e por ter uma coordenadoria bastante comprometida, que poderia auxiliar na viabilização desse processo.

Dois fatos de extrema importância ressaltam da observação apresentada nos parágrafos anteriores: informação, necessidade constante de existir nas esferas gestoras, mas que deve valer para atingir todos os atores envolvidos; a segunda é que há a necessidade do comprometimento dos atores, isto pode fracassar o projeto.

Acordado essa primeira parte e confeccionado um questionário simples e compacto (anexo 1) para ser aplicado no momento da coleta da citologia oncológica, foi realizado o treinamento das equipes e a estruturação do Pronto Atendimento dentro do hospital para receber esses casos.

Ao apresentar e discutir os resultados, muitas das conclusões tiradas serviram para a continuidade do trabalho. O objetivo foi atingido com aumento em 37,8% (771 para 1063 cirurgias) no número de cirurgias, além disto, encontrou-se uma forma elegante de aproximação com a porta de entrada do SUS, que são as Unidades Básicas primárias com uma integração que vem favorecer o atendimento a população.

No período de 12 meses e oito dias foram atendidas 5359 pacientes agendadas. O que mais chama a atenção é o índice de absenteísmo em 25,06% (1343). Apesar da facilidade da paciente sair com o seu dia e hora marcados, o tempo médio de espera da consulta foi de 30 dias, o que pode ter tido impacto para

este elevado número de faltas. Além disto, deve ser considerada a dificuldade no acesso para as pacientes saírem da região Pirituba – Perus, para a Cachoeirinha . A região de Pirituba Perus fica no extremo oeste de São Paulo, e a nossa Instituição em uma porção mais central (anexo Mapa da região da zona Norte) e não há boa disponibilidade de transporte coletivo com linhas diretas entre essa região e o hospital (Anexo 2).

Das pacientes atendidas em nosso PA, 64,81% (2520) delas apresentavam motivos de encaminhamento ao nível secundário para tratamento clínico ou cirúrgico.

As outras 35,19% (1368) foram contra referenciadas às UBS, para acompanhamento habitual em nível primário.

Alguns exames complementares eram pedidos no Pronto Atendimento em casos excepcionais como:

- 65 colpocitologia oncótica, naquelas que não a tinham há mais de um ano e ficariam em alguma especialidade (1,67%) número bastante concordante, já que a grande maioria vinha por encaminhamento de enfermeiras que justamente estavam colhendo a citologia oncótica;
- 611 Mamografias: pacientes mais de 40 anos que não tinham o exame há mais de um ano e ficariam na casa (15,72%);
- 341 Ultrassonografias de mama ou pélvica, para elucidação diagnóstica da patologia encaminhada ou por achado de exame físico (8,77%).

Estas solicitações de exames não trouxeram impacto estrutural em nosso contrato com as terceirizadas.

A maioria das pacientes foi encaminhada ao ambulatório de Patologia Ginecológica (PG), 53,65% (1352) aonde foram atendidos os casos de irregularidades menstruais, miomatose uterinas, avaliações dos resultados de exames, etc. Em segundo lugar foram os encaminhamentos para o ambulatório de mastologia com 12,42% (313). Um dos motivos que explica este número de

encaminhamentos é a baixa especificidade dos exames clínicos e subsidiários nestas especialidades.

O ambulatório de uroginecologia ficou em terceiro com 5,75% (145). Este dado corrobora com a literatura, que informa que as mulheres não relatam espontaneamente a perda de urina, e acham ser ela normal com o passar da idade (NEWMAN, 2002), esta informação por si só é de extrema importância, pois a busca ativa favorece o diagnóstico, o que propiciará uma melhor condição de vida para estas mulheres.

A porcentagem de pacientes encaminhadas com patologias precursoras (Neoplasia Intraepitelial genital de alto grau, cistos complexos) ou tumores malignos (carcinoma colo uterino, endométrio, vulva) para avaliação no pronto atendimento foi de 2,78% (70), sendo elas encaminhadas diretamente ao ambulatório de oncologia pélvica.

Salienta-se também que no levantamento da amostra de 752 prontuários de pacientes operadas no período de Fevereiro a Julho de 2009, foi observado encaminhamentos através dos questionários, de pacientes que realizavam seus exames preventivos e eram portadoras de patologias precursoras, câncer e patologias consideradas benignas, porém de grande impacto na qualidade de vidas destas mulheres (miomas gigantes com mais de 500g, patologias como abscesso sub areolar recidivantes e tumores ovarianos com dores pélvicas importantes – endometriose, entre outras).

Um número expressivo de pacientes, 20,77% (521), foi submetido a exames especializados (Aspiração manual intra-uterina, para pesquisa endometrial, histeroscopia, colposcopia e vulvoscolpia). Estes exames são de ambulatório de especialidades, estando dentro do escopo da missão de um ambulatório de nível secundário.

De forma a evitar o comprometimento dos resultados em decorrência deste acesso espontâneo das pacientes, foi proposto um levantamento de forma inversa, buscando entre as pacientes operadas em um determinado período (Fevereiro a Julho de 2009), o levantamento dos prontuários e constatando o número das

pacientes provenientes do PA e que apresentavam o questionário devidamente preenchido.

O maior objetivo do trabalho foi plenamente atendido, visto que, analisando o período de Fevereiro a Julho no ano de 2008 (pré triagem, com a demanda mais restrita) e o mesmo período Fevereiro a Julho de 2009, quando já havia sido implantado o P.A. houve o aumento de 37,8% (771 para 1063) no número absoluto de cirurgias realizadas no hospital.

Em 2009, neste mesmo período, foram realizadas 1063 cirurgias, deste total, foi feito levantamento em 752 prontuários, o que representa mais de 70% de todas as cirurgias do período. Destes 752 prontuários analisados das pacientes submetidas à cirurgia no período de 01/02/2009 a 31 de Julho de 2009, 176 (23%) o encaminhamento se deveu ao questionário e 74 (10%), por outros tipos de encaminhamentos. Aí se percebe que a porcentagem de aumento de cirurgias no período (37,8%), é semelhante à porcentagem encontrada na amostra estudada de encaminhamentos via PA (33%).

Das 176 pacientes, 27 (15,34%) houve a confirmação de lesões precursoras de patologias malignas ou que já apresentavam patologia maligna, sendo este número de extrema importância e gratificante.

Com relação ao diagnóstico de lesões precursoras e câncer de colo, foi observado que a faixa etária que mais ficou comprometida foi a mais jovem (de 18 a 35 anos), enquanto o câncer de mama atingiu mulheres entre 40 a 55 anos. Isso leva, enquanto gestores, a direcionar as atitudes para melhor cobertura da nossa população no que diz respeito à prevenção e detecção precoce dessas doenças.

Outro ponto importantíssimo no trabalho, é a quebra do paradigma em que a enfermeira não seria tão qualificada quanto o médico para fazer o questionamento de queixas das pacientes. Observa-se que o encaminhamento feito pelas enfermeiras foi igual ou até maior do que os encaminhamentos feitos pelos médicos, para determinadas queixas. Vide tabela (7).

O levantamento desses prontuários fez com que, indiretamente, fosse monitorada a eficiência do nosso serviço, e neste tocante concluiu-se que o período

médio de 120 dias entre a consulta com o especialista e a cirurgia propriamente dita parece demasiadamente longo. Talvez isso se deva ao tempo necessário para o preparo da paciente, realização de exames subsidiários, às avaliações clínicas, etc. Porém, sabe-se que esse tempo médio pode e deve ser reduzido, cabendo aos gestores adotarem medidas para tal.

A missão maior do nível secundário e terciário no SUS, no caso em tela o Hospital Municipal e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha é exatamente de respaldar o nível, erroneamente chamada de “Básico”, com os dois principais conceitos que deve ser o norte de toda essa grande engrenagem chamada de Sistema Único de Saúde - Eficácia e Eficiência.

## **7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho demonstra toda a importância de um gestor presente e atuante, que perceba as dificuldades do sistema como um todo. Há necessidade do conhecimento além de suas fronteiras, o entendimento da proposta macro.

Completaram-se 22 anos de SUS, e a população não entende ser de direito, ainda como um todo, o tema SAÚDE. Saúde na sua abrangência como bem estar bio-psico-social; contendo os preceitos de equidade, universalidade, integralidade e controle social. Sabe-se que um dos maiores entraves ao cidadão, é o acesso à porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que são as UBS. Para a ampla implantação desse macro plano que é o SUS, 22 anos ainda não foi o suficiente.

A missão, enquanto servidores públicos é de oferecer o melhor padrão de assistência, e elaborar políticas públicas de atendimento condizentes com o SUS, além de incorporar a sabedoria humanitária refletindo sobre os valores de nossa educação, como ferramenta do atendimento ao público. Isso é parte do que é chamado, genericamente, de “Humanização”.

Entende-se que uma proposta organizada, com critérios bem estabelecidos, pode identificar meios que venham auxiliar no planejamento estratégico de hierarquização e regionalização da saúde.

Este trabalho trouxe: planejamento organizacional; trabalho em campo com a integração de múltiplos agentes; um processo de como oferecer melhores serviços e como otimizar a produtividade hospitalar.

Foi um projeto que se tornou realidade, e a realidade se perpetua transformando-se em um programa, com benefícios a população.

## **8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap. 1, p. 19-91: **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**.

MERHY, EE.; MAGALHÃES, HM.; RIMOLI, J.; FRANCO, TB.; BUENO, WS.; O **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, 2a Ed. São Paulo: EditoraHucitec, 2004. 296 pp, pg 126.

NEWMAN DK – **causes of incontinence and identification of risk factors in: K Managing treating urinary and incontinence** – 1a ed Baltimore-Health Professions Press 2002; p 29-51

ALVAREZ, R.B. **Remission de pacientes en una unidad regional de salud**, Colombia. Bol.Of.Sanit.Panam., v. 99. n.1, p.10-24, 1985.

BRAVO, A. L. **Regionalizacion: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales yurbanas**. Bol.Of. Sanit.Panam. v. 77, n. 3, p. 231-46, 1974.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde**: PREV-SAÚDE. Brasília, 1980.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Informações de saúde** [dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acessado 2010 jan, 22]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>

BRASIL. **Ministério da Previdência e Assistência Social** – Decreto 94657/87 de 20 de julho de 1987. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 de Julho de 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2a ed. Brasília; 2002.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE **Portaria Interministerial número 2400**, de 02 de outubro de 2007.

FRANCO, TB.; **Processos de trabalho e a mudança do modelo tecno assistencial em saúde**; Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.

FRANCO, TB.; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

JULIANI, CM; CIAMPONE, MHT.; **Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do sistema único de saúde : a percepção de enfermeiros**. Revista da Escola de enfermagem USP, v.33 n.4p.323-333, dez. 1999.

MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH**.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).

MERCADANTE OAET AL. **Descentralización y municipalización de los servicios de salud em São Paulo, Brasil**. Bol. f Sanit PANam 116: 381-396, 1994

GUERRA, MR., GALLO, CVM., MENDONÇA, GAS., **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes**; Revista Brasileira de Cancerologia, 51(3); 2005

GUTEREEZ, MR. **Sistema Único de Saúde e Demanda ambulatorial – Os pacientes dos Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** – USP, revista medicina Ribeirão Preto, 31: 81-98, jan/mar 1998

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro**. Cad. Saúde Públ., v. 9, n. 2, p. 177-84, 1993

MÜLLER NETO, J.S. **Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores**. Saúde Deb., n. 31, p. 54-66, 1991

OLIVEIRA, J.A.de A.; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) **Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1985

LAURENTI, 2001. **Medindo a Mortalidade Materna**, disponível em [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med\\_mort\\_matern.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_mort_matern.pdf)

LOBO, L.C.G. **Sistema de saúde: análise e propostas**. Educ.Med.Salud, v. 20, n. 2, p. 222-34, 1986.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – **Protocolos assistência médica em ginecologia para a região Norte do Município de São Paulo, 2005**. Disponível em: [www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretaria/saude/saude\\_da\\_mulher](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretaria/saude/saude_da_mulher)

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – **Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPLA)**, disponível em: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/>

RIBEIRO, JM.; **Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares**. Clinica & Saúde Coletiva. 14(3): 771-782, 2009.

ROCHA, J.S.Y. **O movimento da reforma sanitária no Brasil**. Prey. Dados, v. 3, n. 2, p. 5-11, 1986.

SOUZA, MKB; MELO, CM. **Atuação de enfermeiras macrofunções gestoras em saúde**. p.198\* Revista enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun;17(2):198-02

THEME-FILHA MM, SILVA RI, NORONHA CP. **Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996**. Cadernos de Saúde Pública 1999;15(2):397-403

VEIGA, FR., RUSSOMANO, F., CAMARGO, MJ., **Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS**; Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia, volume 28; no 2; Rio de Janeiro, 2006

## 9 – ANEXOS

Anexo 1 – Modelo do formulário de encaminhamento

**Ficha de encaminhamento**

UNIDADE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ FLUXO  NORMAL  AUMENTADO (>10 DIAS OU SINAIS DE ANEMIA)ULTRASSONOGRRAFIA NOS ULTIMOS 2 ANOS  SIM  NÃOALGUMA ALTERAÇÃO MIOMA  SIM  NÃOTUMOR ANEXIAL  SIM  NÃOQUEIXA DE PERDA URINÁRIA AOS ESFORÇOS  SIM  NÃOQUEIXA DE BOLA NA VAGINA (DISTOPIAS)  SIM  NÃOCITOLOGIA ALTERADA  SIM  NÃO

NOME DO ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

Local da entrevista: visita domiciliar  coleta enfermagem 

Consulta marcada dia \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Local: Ambulatório do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila N. Cachoeirinha

Endereço: Avenida Deputado Emilio Carlos 3.100 – 3986-1000

Obs. \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO QUE ENCAMINHOU: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CONTRA-REFERENCIA PARA UBS DE ORIGEM**


---



---

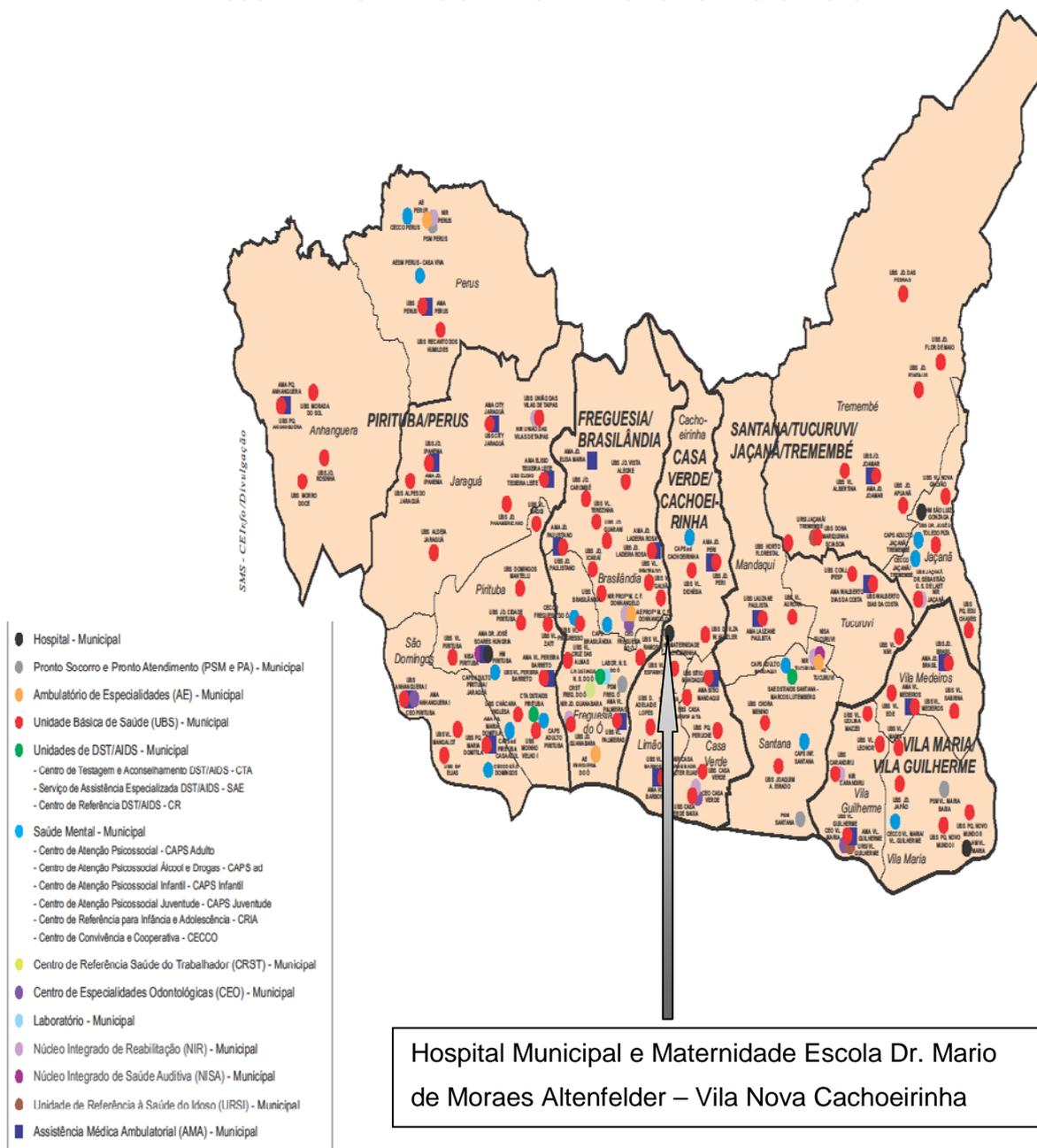


---

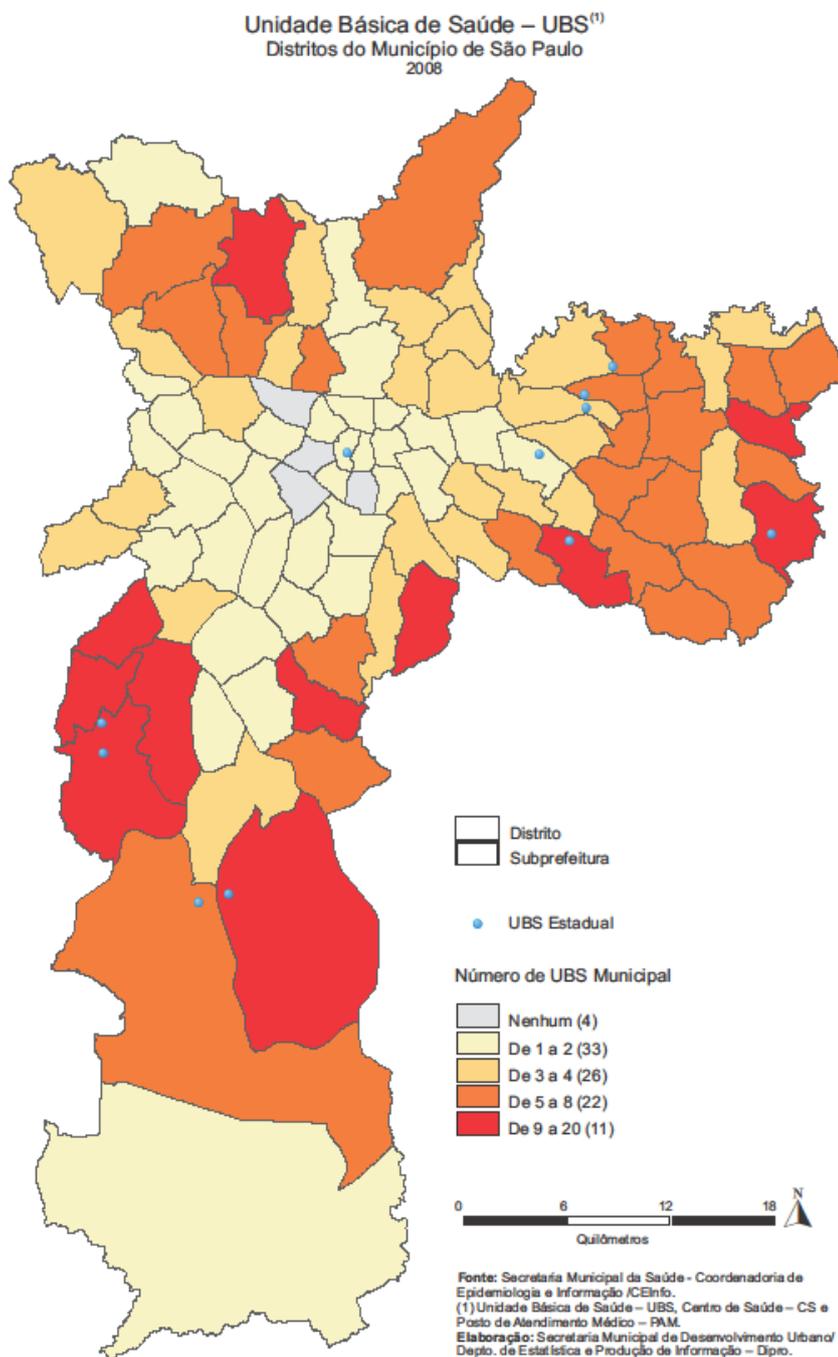


---

## Anexo 2 – Mapa das Unidades de Saúde da rede municipal região Norte

UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL  
COORDENADORIA REGIONAL NORTE - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

## Anexo 3 – Mapa de distribuição da Unidades Básicas de Saúde



## Anexo 4 – Mapa da rede hospitalar

