

**MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA**

**PROMOÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA NO AMBULATÓRIO COM USO DO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PELA NEUROLOGIA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**

Alexsandra Costa da Silva
Jane Nunes da Silva Saraiva
Luciana Kist
Maria Janete Wagner dos Santos
Roberto Vinícius Silva Saraiva

**Porto Alegre
2010**

Alexsandra Costa da Silva
Jane Nunes da Silva Saraiva
Luciana Kist
Maria Janete Wagner dos Santos
Roberto Vinícius Silva Saraiva

**PROMOÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA NO AMBULATÓRIO COM USO DO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PELA NEUROLOGIA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**

Projeto de conclusão do curso de Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde apresentado ao Grupo Hospitalar Conceição e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde.

Orientadora: Heloísa Helena Russelet de Alencar

**Porto Alegre
2010**

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

A monografia **Promoção da contra-referência no ambulatório com uso do prontuário eletrônico pela neurologia clínica pediátrica do hospital da criança conceição, elaborada pelos alunos** Alexsandra Costa da Silva, Jane Nunes da Silva Saraiva, Luciana Kist, Maria Janete Wagner dos Santos e Roberto Vinícius Silva Saraiva, **foi julgada adequada por todos os membros da Banca Examinadora, para a obtenção do título de ESPECIALISTA EM GESTÃO DE PROJETOS DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE e aprovada, em sua forma final, pela Fundação Oswaldo Cruz, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, e Pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.**

Porto Alegre, de de 2010.

Lisiane Boer Possa
Gerente de Ensino e Pesquisa

Apresentada à banca integrada pelos seguintes professores:

Orientadora: Heloísa Helena Russelet de Alencar

Prof. Examinador

Prof. Examinador

Resumo

Este trabalho é o relatório da elaboração do Projeto para realização de um investimento a ser realizado no Hospital da Criança Conceição do GHC, desenvolvido ao longo do Curso de Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde através da metodologia criada pelos especialistas do Ministério da Saúde para se adequar às especificidades da demanda de investimentos no Sistema Único de Saúde.

A problemática escolhida para que se efetuassem a intervenção foi a necessidade de promoção da contra-referência pelo ambulatório de neurologia clínica pediátrica no HCC e a criação do ícone da contra-referência no Prontuário Eletrônico do Grupo Hospitalar Conceição com o objetivo de alinhar a prestação dos serviços do Hospital às necessidades do Sistema de Saúde, e assim adequá-los aos princípios de hierarquização e integralidade da assistência.

Palavras-Chave: Contra-referência, Hierarquização dos Prestadores de serviço do SUS, investimentos em saúde, Gestão de Projetos.

Abstract

This paper is the report of the process of creating a Project of investment to be executed at Conceição Children's Hospital of GHC, developed throughout the Course of Specialization in Project Management in Health using the method created by the Ministry of Health specialists to fit the particularities of the demands of investments in the Brazilian Universal Public Healthcare system.

The proposed investment was planned as a way to promote the necessary counter-reference between different healthcare units and the Unity of Clinic Neuropediatrics of the Conceição Children's Hospital of GHC, and through that contribute to the appropriate use of resources of the system through the ranking of the different levels of complexity of care and proportionate efficient and complete healthcare.

Key-words: Counter-reference, healthcare units ranking; Project Management, investments in healthcare.

Sumário

Introdução	7
Apresentação	8
Justificativa	10
Referencial Teórico	24
Público Alvo.....	32
Objetivos do Projeto	33
Metas	34
Escopo do Projeto	36
Cronograma	41
Orçamento.....	42
Recursos Humanos.....	43
Resultado Esperado.....	44
Bibliografia.....	45

Introdução

O Hospital da Criança Conceição (HCC) é uma referência para todo o Estado do Rio Grande do Sul no atendimento neuro-pediátrico, entretanto o serviço de neurologia pediátrica do HCC vem enfrentando há alguns anos sérios problemas de demanda reprimida que são agravados por pacientes que freqüentam o hospital sem a necessidade de atendimento especializado. Ao longo deste estudo apuraram-se os dados e obteve-se o conhecimento da existência de uma grande demanda e um longo tempo de espera por atendimento, tanto de pacientes externos quanto internos (demanda reprimida), esta situação somada à crescente procura pelo serviço especializado torna imperiosa a necessidade de se repensar o funcionamento atual do sistema de saúde. Este projeto tentará viabilizar a promoção da contra-referência através da implantação e sustentabilidade de uma reformulação no fluxo de acesso dos usuários ao serviço, com a entrada de novos pacientes e à recondução de muitos à Unidade Básica de Saúde para seguir tratamento, através da efetivação da contra-referência, bem como o uso da ferramenta do Prontuário Eletrônico.

O problema que foi objeto de intervenção se redesenhou inúmeras vezes até se chegar ao seu foco: a promoção da contra-referência pelo ambulatório de neurologia clínica pediátrica no HCC e a criação do ícone da contra-referência no Prontuário Eletrônico.

Dessa forma, esse tema passou a ser o objetivo do projeto, que é sintetizado no presente formato, sendo que o mesmo partiu da construção do nó crítico por meio do uso do planejamento estratégico, uma ferramenta administrativa que visa possibilitar um plano gerencial para resolver problemas que demandam vários olhares estratégicos.

Apresentação

O trabalho promoverá uma intervenção em um dos hospitais que está vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), hospital público, 100% SUS, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e que é constituído pelos hospitais: Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Cristo Redentor (HCR), Fêmeina (HF) e Criança Conceição (HCC).

A intervenção será proposta no Hospital Criança Conceição (HCC), que está localizado a Rua Álvares Cabral, 653, bairro Cristo Redentor, na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

O HCC reflete o espírito do GHC no que se refere à qualidade do atendimento prestado, com:

atendimento 100% do Sistema Único de Saúde e vivenciando um modelo de gestão e atenção diferenciado e qualificado, onde prima o atendimento de ser, a saúde, um direito constitucional do ser humano, o GHC, no desenvolvimento de sua atividade cotidiana, seguindo as diretrizes e políticas do Ministério da Saúde (MS), busca a promoção da cidadania, da inclusão e da justiça social (RELATÓRIO SOCIAL, 2005 p.10)

Assim como o HCC reflete o espírito do GHC quanto à qualidade, também segue a mesma missão do GHC, urge a necessidade de apresentar a missão da Instituição:

desenvolver ações de atenção integral à saúde da população, com a excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim, a função social(MISSÃO DO GHC)

O HCC é um dos hospitais do GHC e atende crianças de zero a doze anos de idade, também como hospital geral, ocupa uma área se 5.829 m² e é formado por: 238 leitos, com serviços de emergência 24 horas à pacientes externos, bloco cirúrgico, exames de diagnósticos de imagens (raio X), ambulatório de especialidades de: cardiologia, dermatologia, enfermagem, endocrinologia, cirurgia, gastroenterologia, grupo desenvolver, fissura palatal, Fonoaudiologia, nefrologia, neurologia clinica, neurocirurgia, nutrição, otorrinolaringologia, onco-hematologia, oftalmo, pneumologia, psicologia, psiquiatria, pediatria, traumato-ortopedia e urologia.

No nível da internação se tem ainda as clínicas médicas e cirúrgica, onco-hematologia, UTI pediátrica, UTI neonatal (intensiva e intermediária), o Serviço de internação rápida e a infectologia.

Além destes serviços o HCC disponibiliza também programas dirigidos a clientela, onde são referenciados: disque-asma, incentivo ao aleitamento materno, orientação aos pais, Grupo de Apoio a AIDS pediátrica, entre outros.

Há uma divergência na literatura quanto à data de fundação do HCC, alguns apontam 1966, outros 1968, tendo ficado definido como maio de 1969.

Nos primórdios o HCC era

apenas um apêndice do grande Hospital Nossa Senhora da Conceição, que se valeu do espaço criado para atender a área administrativa do GHC. Posteriormente na área que já havia sido reformulada para atender pacientes, foi centralizado o serviço de pediatria do GHC, criando-se o Hospital Criança Conceição. (REVISTA MARIA JANETE, 1987 p. ...)

A intervenção será especificamente no Ambulatório de Especialidades, no serviço de Neurologia Clínica Pediátrica do HCC, que é formado por dois especialistas e atende uma média de 174 consultas semanais, sendo o atendimento prestado de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, um profissional em cada turno.

O portal do GHC traz orientações quanto à marcação de consultas e localização dos hospitais do grupo. Da página destacamos as informações quanto ao Hospital Criança Conceição, com as seguintes informações:

Hospital da Criança

Para a marcação de consultas especializadas, os pais ou responsáveis devem levar as crianças nas unidades básicas ou nas secretarias municipais para que sejam encaminhadas ao ambulatório pediátrico do hospital via Central de Marcação de Consultas da Prefeitura de Porto Alegre. Especialidades: Cardiologia, Cirurgia, Pediátrica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Neurologia. Horário de atendimento: das 7h às 19h.

Documentos necessários Requisição de Referência e Contra-referência (fornecido na Unidade Básica), certidão de nascimento ou carteira de identidade, comprovante de residência. Informações 51) 3357.2060 <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=Atendimento&idSubMenu=2> Acessado jun. 2009

Justificativa

Com o objetivo de descrever o problema se optou por desenhá-lo através de alguns aspectos chaves que o dimensionaram, partiu-se do conhecimento do fluxo dos usuários e de alguns descritores: distribuição geográfica, demanda reprimida, proveniência de presenças e a proveniência de faltosos. Através destes descritores foi plenamente possível aferir a extensão do desafio que se pretende promover com a intervenção, que são:

Distribuição geográfica

A distribuição geográfica se mostrou muito importante, pois promoveu o conhecimento e a localização da demanda atendida pelo ambulatório de neurologia clínica pediátrica do HCC.

A via de acesso ao Ambulatório de atendimento especializado em neurologia, do paciente externo ocorre pela Central de Marcação de Consultas e Exames, através de consultas programadas, que são geograficamente distribuídas entre: Porto Alegre, com 55%; Região Metropolitana, 30% e Interior, 15%. Estas informações foram prestadas pela Central de Marcações de Consultas e Exames.

Este estudo revelou que geograficamente há uma priorização da disponibilidade de atendimentos à cidade de Porto Alegre e a Região Metropolitana, revelando ainda a carência de ofertas para o interior do Estado.

Demanda reprimida

Outro descritor que se mostrou bem significativo e impactante foi o conhecimento da demanda reprimida que foi quantificada em tempo de espera e não em números, pois as informações obtidas revelaram que a quantificação é inexistente, no entanto, há como promover a apuração do tempo de espera do usuário para o atendimento com o especialista.

Os dados coletados mensuraram a existência concreta da demanda reprimida externa e interna no HCC, especificamente, na neurologia clínica. Estes dados também foram obtidos junto à Central de Marcação de Consultas e Exames e o

Ambulatório do HCC e quantificados quanto ao tempo de espera pelo grupo em demanda externa e interna.

Demanda Externa

A demanda externa é a advinda da Central de Marcação de Consultas e Exames, não há lista de espera junto à Central, mas sim junto às Unidades Básicas de Saúde, que se organizam internamente e buscam as vagas de consultas especializadas aos usuários. Esta demanda foi mensurada na média de dois anos de espera. Esta informação foi obtida junto a Central de Marcações de Consultas e Exames e Unidades Básicas de Saúde, cuja referência é o Ambulatório de Especialidades do HCC, contatadas doze para a pesquisa.

Demanda Interna

A demanda interna advém do próprio HCC, do ambulatório e do hospital, com as Interconsultas (especialista encaminha para outro especialista) e Egressos (nota de alta encaminhada para o especialista). A marcação é realizada diretamente no ambulatório e foi calculada na média de três meses de espera para a consulta. Esta informação foi disponibilizada pela Chefia do Ambulatório.

Proveniência de Consultas Realizadas

Outro descritor importante para a identificação do problema foi o conhecimento das consultas realizadas, números de pacientes, números de profissionais e a distribuição das consultas.

Na coleta de dados coube, ainda, realizar uma amostragem rápida de uma semana, com as agendas dos profissionais de neurologia clínica do HCC.

Como informado em outro momento deste projeto de intervenção, a neurologia clínica, possui dois profissionais que atendem 174 consultas semanais, nos turnos da manhã e tarde, de segunda a sexta-feira e que são assim distribuídas:

1ª. Consulta – Central de Marcação de Consultas e Exames: 48, representando 27,58%.

1ª. Consulta – Interconsultas: 17, representando 9,77%.

1ª. Consulta – Nota de Alta (Egresso): 07, representando 4,02%.

Re-consultas: 100, representando 57,47%.

Proveniência de Faltosos

O conhecimento da distribuição das consultas revelou também a importância dos faltosos e a sua quantificação para o presente projeto.

Mais uma vez opta-se pela amostragem rápida e na coleta de dados referentes a uma semana de consultas com os dois profissionais, formando-se um quadro que revelou também que a maioria destes faltosos se encontra: nas re-consultas, quando já é paciente da neurologia clínica; nas interconsultas, é paciente de outro especialista do Ambulatório do HCC e nos egressos, quando o paciente é encaminhado na alta hospitalar para a especialidade. Eis os faltosos identificados na amostragem:

1ª. Consulta – Central de Marcação de Consultas e Exames: 15, representando 33%

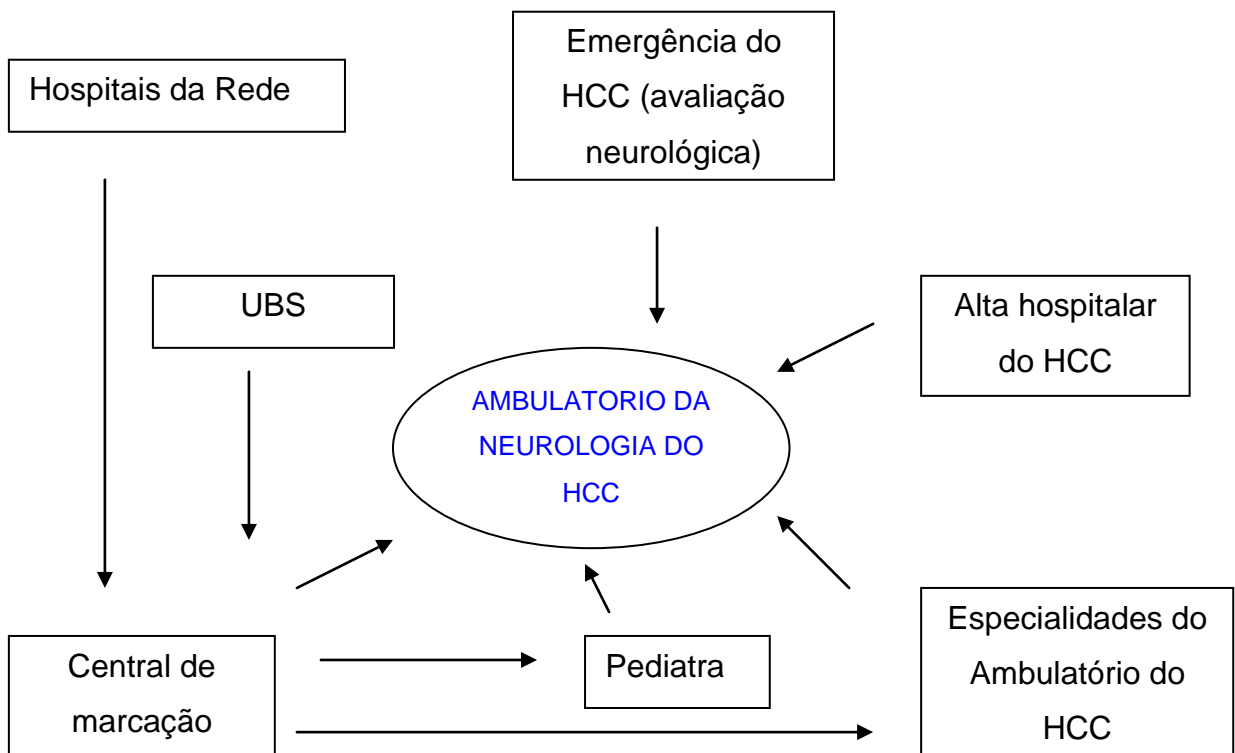
1ª. Consulta – Interconsultas: 06, representando 13%.

1ª. Consulta – Nota de Alta (Egresso): 03, representando 6,6%.

Re-consultas: 21, representando 46%.

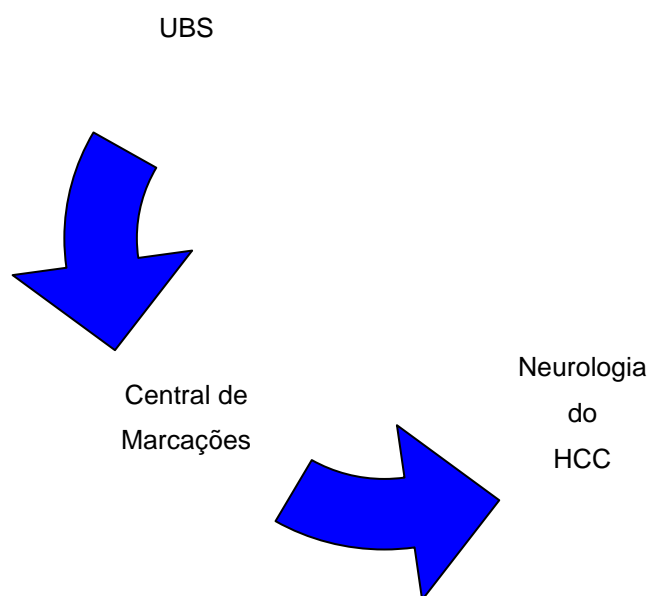
Realidade Fática

Com o objetivo de explicar o problema optamos por retratar a forma de entrada e a permanência do paciente no ambulatório de neurologia clínica, para tanto, construímos um fluxograma que revela ainda a forma como a demanda reprimida interna e externa é formada.

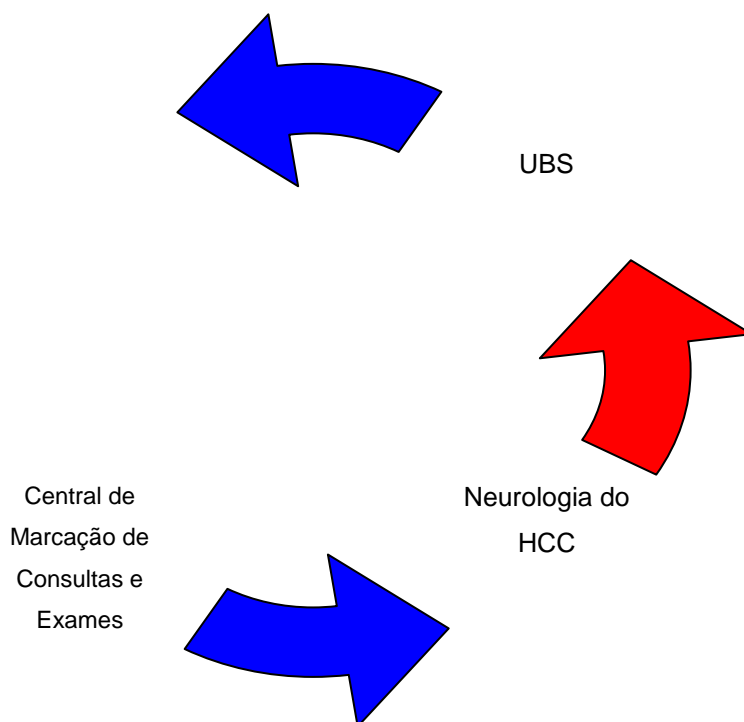


Após o conhecimento da forma de entrada, mostra-se importante a verificação do caminho que o usuário faz até chegar ao especialista. O conhecimento desta realidade revelou um caminho atual e um ideal do usuário até chegar a consultar com o especialista no ambulatório do HCC:

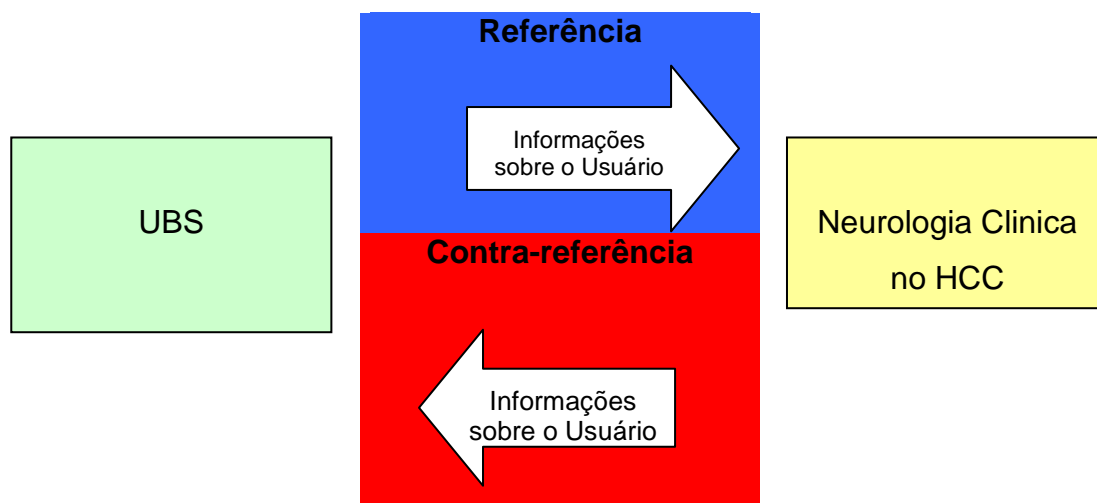
CAMINHO ATUAL DO USUÁRIO NA REDE



CAMINHO IDEAL DO USUÁRIO NA REDE



Para que o caminho ideal do usuário na Rede se torne uma realidade é fundamental que o fluxo no serviço de neurologia do HCC siga uma rotina de atendimento, com o uso da ferramenta do Prontuário Eletrônico e uma eficiência da contra-referência, conforme diagrama abaixo em que representamos em vermelho a contra-referência a ser implementada.



Ainda com o objetivo de descrever o problema e quantificá-lo se buscou dados a partir dos números de atendimentos do Serviço de Neurologia Pediátrica no HCC no ano de 2008 e 2009 com o objetivo de aferir os números existentes na Instituição e do número significativo que é o atendimento neurológico, disponibilizados no banco de dados internos do GHC:

Número de atendimentos no serviço de Neurologia

	2008	2009	Variação
Janeiro	773	531	-242
Fevereiro	524	579	55
Março	716	580	-136
Abril	703	589	-114
Maio	376	348	-28
TOTAL	3092	2627	-465

Com relação a estes números cabe destacar, que a partir de março de 2009, foi separado o serviço de neurologia cirúrgica da neurologia clínica, fato que deverá ser considerado na análise dos dados referentes aos atendimentos do serviço de neurologia, sendo que esta variação representa, neste período, destacado 204 atendimentos. Hoje no Ambulatório há dois serviços: Neuro Clínico, representado pelo código 455 e Neuro Cirurgia, código 434.

As tabelas abaixo representam o total de atendimentos nas especialidades pediátricas em 2008 e início de 2009, informações disponibilizadas no GHC sistemas:

Tabela 3.7 Evolução Mensal das Consultas por Especialidade/Serviço, em 2008.

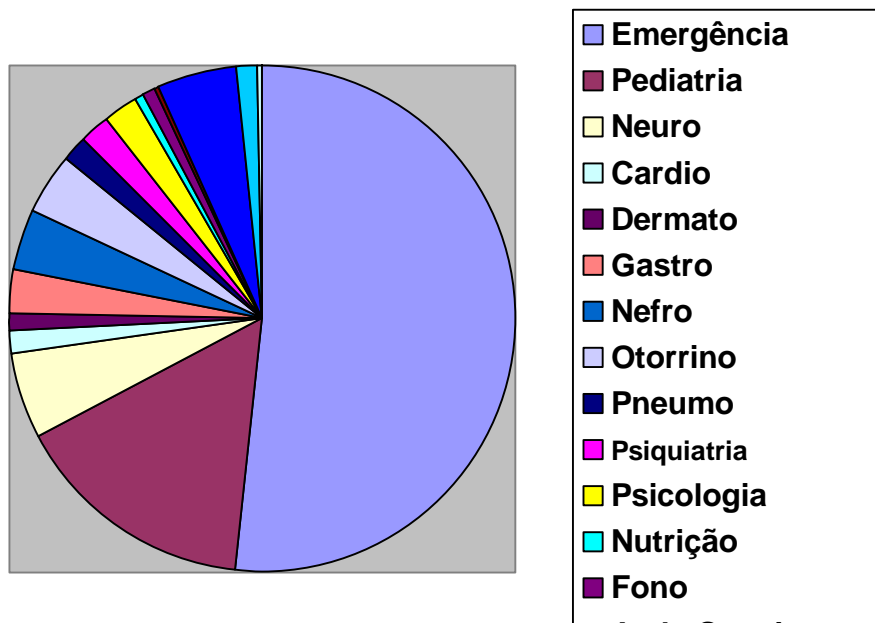
Especialidade/Mês	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total	Média
Ambulatório de Seguimento	-	-	-	-	-	-	-	42	99	105	85	113	444	37
Anestesiologia	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110	9
Cardiologia	174	151	136	183	101	195	162	175	200	210	185	167	2.039	170
Cirurgia Pediátrica	742	560	609	598	580	504	521	485	530	557	471	491	6.648	554
Dermatologia	197	8	154	158	133	150	145	175	150	176	186	124	1.756	146
Emergência Cirúrgica	200	127	160	133	82	127	102	113	146	160	143	112	1.605	134
Emergência Pediátrica	7.159	4.017	5.366	4.587	5.895	7.248	8.948	6.104	5.745	6.530	6.791	6.570	74.960	6.247
Endocrinologia	231	179	152	163	139	152	178	181	120	89	163	155	1.902	159
Enfermagem	110	61	87	97	96	80	84	90	127	131	109	93	1.165	97
Fissura Lábio Palatal	-	-	-	-	13	32	133	106	288	372	375	151	1.470	123
Fonoaudiologia	4	35	35	43	94	115	99	105	129	207	138	151	1.155	96
Gastroenterologia	363	184	179	286	294	290	391	319	468	343	432	374	3.923	327
Genética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	0
Hematologia	732	548	546	571	597	623	695	627	616	623	605	593	7.376	615
Homeopatia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia	366	469	396	519	434	483	566	478	344	508	438	532	5.533	461
Neurocirurgia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	773	524	716	703	376	692	767	549	642	683	676	715	7.816	651
Nutrição	-	-	1	30	62	91	98	130	94	109	111	73	799	67
Odontologia Programada	22	36	33	32	51	51	76	71	55	105	82	66	680	57
Oftalmologia	-	-	-	-	-	-	-	60	97	149	130	108	544	45
Oncologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0
Otorrinolaringologia	540	470	356	476	427	504	399	499	419	576	531	459	5.656	471
Pediatria	1.944	1.499	1.939	1.931	1.910	1.927	1.599	2.008	1.993	2.158	2.027	1.833	22.768	1.897
Pneumologia	119	132	130	164	157	183	196	262	265	306	260	245	2.419	202
Psicologia	263	170	287	316	255	259	354	295	201	317	318	227	3.262	272
Psiquiatria	252	69	83	257	226	262	286	232	308	286	280	287	2.828	236
Serviço Social	468	408	352	426	403	404	521	510	488	588	476	435	5.479	457
Traumato Ortopedia	-	-	-	-	-	-	-	26	61	81	76	59	303	25
Urologia	7	28	30	42	44	27	41	53	27	45	27	34	405	34
Sub-Total HCC	14.777	9.675	11.747	11.715	12.369	14.399	16.361	13.695	13.612	15.414	15.115	14.171	163.050	13.588

Tabela 3.5 Evolução Mensal das Consultas por Especialidade/Serviço, em 2009.

Especialidade/Mês	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total	Média
Ambulatório de Seguimento	91	93	202	217	191	-	-	-	-	-	-	-	794	159
Anestesiologia	-	-	-	2	6	-	-	-	-	-	-	-	8	2
Cardiologia	152	108	215	301	285	-	-	-	-	-	-	-	1.061	212
Cirurgia Pediátrica	479	448	644	569	560	-	-	-	-	-	-	-	2.700	540
Dermatologia	142	22	180	134	165	-	-	-	-	-	-	-	643	129
Emergência Cirúrgica	149	146	152	162	135	-	-	-	-	-	-	-	744	149
Emergência Pediátrica	5.578	4.841	6.049	6.324	7.835	-	-	-	-	-	-	-	30.627	6.125
Endocrinologia	178	106	228	194	188	-	-	-	-	-	-	-	894	179
Enfermagem	96	92	108	91	91	-	-	-	-	-	-	-	478	96
Fissura Lábio Palatal	318	296	465	434	466	-	-	-	-	-	-	-	1.979	396
Fonoaudiologia	204	120	156	200	211	-	-	-	-	-	-	-	891	178
Gastroenterologia	297	266	347	392	392	-	-	-	-	-	-	-	1.694	339
Genética	6	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	12	2
Hematologia	596	438	590	561	559	-	-	-	-	-	-	-	2.744	549
Homeopatia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia	225	433	562	354	482	-	-	-	-	-	-	-	2.056	411
Neurocirurgia	-	-	72	73	59	-	-	-	-	-	-	-	204	41
Neurologia	531	579	580	589	348	-	-	-	-	-	-	-	2.627	525
Nutrição	45	96	113	108	108	-	-	-	-	-	-	-	470	94
Odontologia Programada	56	50	45	63	39	-	-	-	-	-	-	-	253	51
Oftalmologia	139	31	143	122	135	-	-	-	-	-	-	-	570	114
Oncologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otorrinolaringologia	404	278	580	560	543	-	-	-	-	-	-	-	2.365	473
Pediatria	1.888	1.063	1.869	1.646	1.670	-	-	-	-	-	-	-	8.136	1.627
Pneumologia	161	183	259	319	309	-	-	-	-	-	-	-	1.231	246
Psicologia	185	153	283	337	325	-	-	-	-	-	-	-	1.283	257
Psiquiatria	268	144	326	323	319	-	-	-	-	-	-	-	1.380	276
Serviço Social	448	352	515	456	440	-	-	-	-	-	-	-	2.211	442
Traumatologia Ortopedia	85	86	81	100	57	-	-	-	-	-	-	-	409	82
Urologia	32	34	-	38	44	-	-	-	-	-	-	-	148	30
Sub-Total HCC	12.753	10.459	14.767	14.671	15.962	-	-	-	-	-	-	-	68.612	###

Após este estudo, identifica-se que a procura pela especialidade de neurologia vem crescendo, seja pelas novas características das gerações atuais (muitos nascimentos prematuros) ou pela hiperatividade evidenciada hoje em muitas crianças. E esta realidade ficou claramente identificada na demanda reprimida pela procura junto à Central de Marcação, o que fez eclodir a demanda, sendo natural a existência de um tempo de espera. Esta realidade também se evidenciando no próprio HCC, com o surgimento da demanda interna, quantificada na espera de três meses para a consulta com o especialista.

A procura retrata o grande número de atendimentos prestados por este serviço, chegando a representar no ano de 2008, 9% do serviço geral do HCC que tem como seu carro chefe o serviço pediátrico e a emergência, que se destacam no gráfico a seguir, mas que também revela o destaque da especialidade da neurologia:



O gráfico acima evidenciou o grande número de atendimentos na emergência pediátrica apontando deficiência na atenção básica e se destaca ainda como uma das portas de entrada para atendimento especializado com a neurologia através das avaliações neurológicas em que há o recebimento do paciente no Ambulatório com o código 455 e, então, este vira paciente neurológico para exames, internações e acompanhamento.

O estudo da realidade revelou que além da grande procura já direcionada pela Central de Marcações de Consultas e Exames, ainda foi identificado no estudo a existência de profissionais de outras especialidades do ambulatório do HCC que sentem a necessidade de encaminhar suas demandas ao serviço de neurologia por características observadas nas crianças.

Estes profissionais promovem o encaminhamento também quando há uma solicitação da mãe e/ou quando a marcação da Central foi errada (que ocorre quando o paciente é encaminhado para o atendimento com um profissional diferente da necessidade e este então encaminhará para o serviço correto, no nosso caso específico: a neurologia, esta realidade é uma constante frente às consultas disponíveis em números maiores em outras especialidades).

Este processo refletiu o inchaço que ocorreu na busca pelo serviço e que inevitavelmente gerou a demanda interna expressiva de três meses.

Destaca-se que estas informações foram obtidas através de método informal que considerou o conhecimento profissional de cada integrante do grupo, coleta de dados da Instituição, informações da Central de Marcações e Exames e da observação de relatos médicos da Instituição e de familiares.

Outro aspecto que contribui para a manutenção da permanência do paciente após o atendimento no ambulatório é a intenção de manter o vínculo com a Instituição, o que engessa o fluxo e o ingresso de novos pacientes para o atendimento na especialidade, justificados, talvez, na vontade de permanecer e ser assistido por um número maior de serviços, exames e encaminhamentos internos mais céleres.

Esta realidade se desenhou muito bem no elevado número de re-consultas e na inexistência de uma rotina de atendimento e eficiência da contra-referência. Portanto, pretendemos que o paciente seja: atendido, diagnosticado, medicado e contra-referenciado para seguir seu tratamento na sua Unidade Básica de referência e que retorne ao especialista somente para revisões ou intercorrências. Este entendimento segue a linha de que o:

Atendimento ambulatorial de crianças triadas para especialidade. Formulação de hipóteses diagnósticas de síndrome neuropediatricas. Investigação com exames complementares quando necessários. Definição etiológica do processo sempre que possível. Confecção do projeto terapêutico. Acompanhamento clínico neurológico quando necessário. Elaboração da contra-referência à equipe que solicitou a avaliação.

(http://www.nce.ufrj.br/concursos/encerrados/prefeitura_campinas/anexo2.doc Acesso 29/1109)

Portanto, há prevista a referência, na qual o usuário receberá atendimento do especialista e, posteriormente, deverá também ocorrer a contra-referência, pois após o atendimento o usuário poderá promover a manutenção do tratamento na Unidade Básica de Saúde que o encaminhou.

Hoje com o prontuário eletrônico dentro da Instituição há uma maior troca de informações entre os profissionais do Ambulatório do HCC, mas não são todas as especialidades que já atendem neste sistema, por essa razão pretendemos estabelecer a rotina de atendimento da neurologia no prontuário eletrônico.

O Prontuário Eletrônico é uma ferramenta existente na Instituição e é um processo informatizado em que:

Este processo de informatização do prontuário iniciou em 1999, trouxe solução definitiva para muitas dificuldades de preenchimento e recuperação das informações e no controle de qualidade. O processo de Informatização continua avançando e hoje é uma realidade concreta no GHC. (RUSCHEL, et al., 2009, p.02).

Problema Estratégico

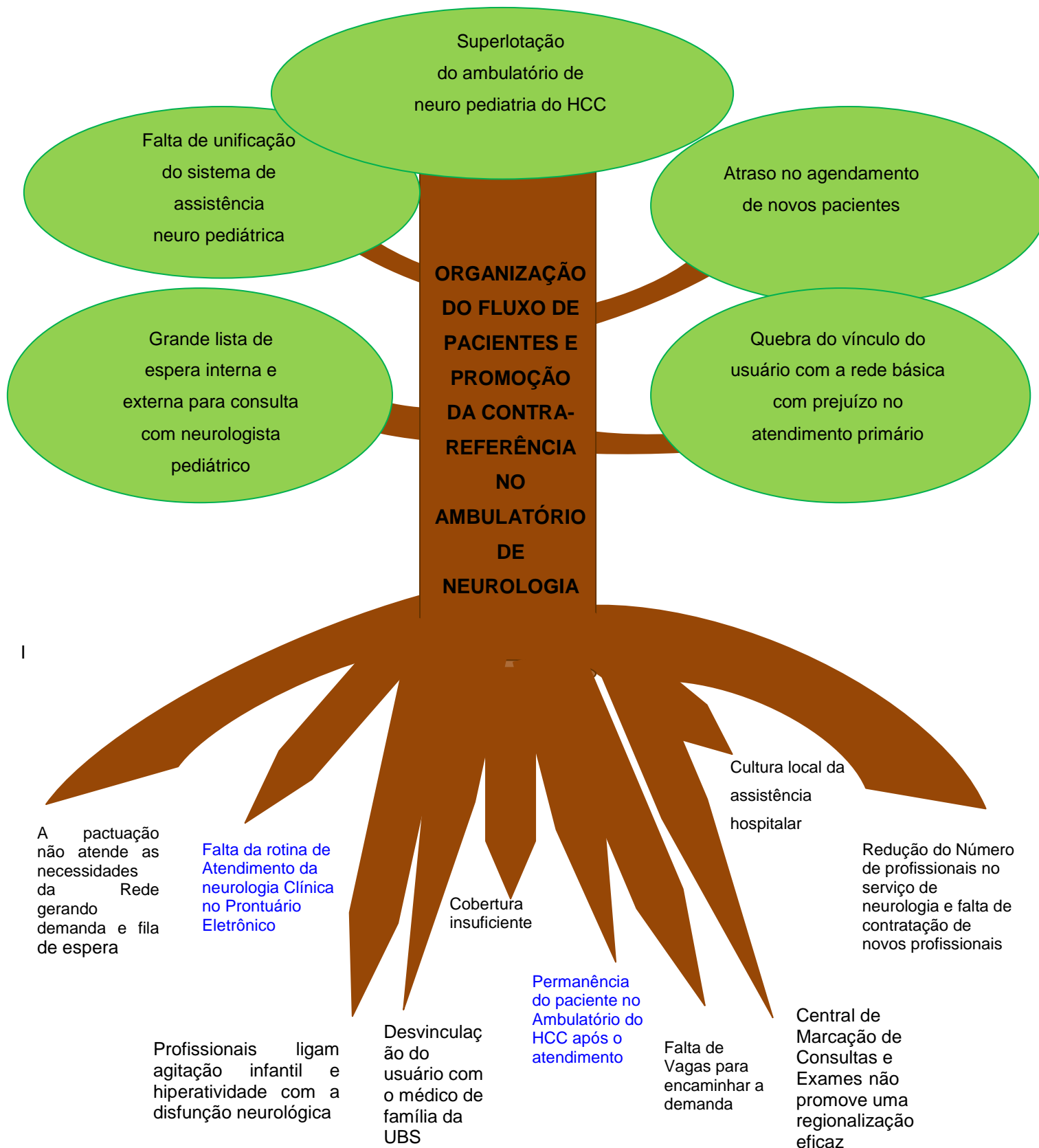
A identificação das causas do problema é um passo fundamental para que a proposição de intervenção tenha uma probabilidade maior de sucesso, isso ocorre porque ao identificar as causas do problema podemos construir ações com o objetivo de minimizar o seu impacto ou até mesmo superá-las.

Para que as intervenções sejam eficazes na solução dos problemas é preciso não somente identificar as suas causas, mas também analisá-las, com o intuito de entender quais fatores são determinantes para que estas causas existam. Neste sentido é fundamental entender a natureza das causas através da identificação do meio em que elas ocorrem. Por isso, agrupamos as causas:

Atenção Básica	Atenção Especializada	Gestão Do Sistema	Modelo de Atenção
Cobertura insuficiente	Redução do Número de profissionais no serviço de neurologia e falta de contratação de novos profissionais	A pactuação não atende à rede gerando demanda e fila de espera	Cultura local de assistência hospitalar
	Falta da rotina de Atendimento da neurologia clínica no Prontuário Eletrônico	Central de Marcação de Consultas e Exames não promove uma regionalização eficaz	Desvinculação do usuário com o médico de família da UBS
	Falta de vagas para encaminhar a demanda		Profissionais ligam agitação infantil e hiperatividade com a disfunção neurológica

	Permanência do paciente no Ambulatório do HCC após o atendimento		
--	---	--	--

A ÁRVORE DE PROBLEMAS



Nós Críticos

Permanência do paciente no Ambulatório do HCC após o atendimento

Frente à existência de que não há contra-referência ativa no ambulatório de neurologia clínica pediátrica do HCC não há redução nas re-consultas e, assim, não há abertura de vagas para primeiras consultas.

Falta da rotina de atendimento da neurologia clínica no Prontuário Eletrônico

Hoje já há uma espécie de rotina no ambulatório que é o uso da ferramenta Prontuário Eletrônico, no entanto os profissionais de neurologia clínica ainda não utilizam esta ferramenta e não seguem nenhuma rotina no atendimento. A rotina aproximará os atendimentos, padronizará e ampliará a prestação de serviços, para tanto, é indispensável à sensibilização dos envolvidos.

O prontuário eletrônico é uma ferramenta que padroniza e amplia o atendimento, mas é de uso interno da Instituição e seus dados não são expandidos à rede, por essa razão o projeto piloto pretende promover a socialização das informações através de uma contra-referência mais completa e que o usuário levará consigo, impresso, após o atendimento especializado. Pretende-se que ao receber a contra-referência a Unidade Básica de Saúde mantenha o tratamento com a manutenção de receitas e que já exista, na sua saída da Instituição, a previsão de uma re-avaliação após um determinado período, por exemplo, 03 anos.

Referencial Teórico

Construção do Sistema de Saúde no Brasil

O sistema de saúde do Brasil, em seu princípio, visava tão somente o controle de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas. Segundo Carmen Juliani (1999), “somente no final dos anos 90, foi que passou a enfocar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

O sistema brasileiro de saúde em inúmeros campos desde a sua criação foi do sanitarismo, médico-assistencial privatista, neoliberal até chegar ao modelo atual de Sistema Único de Saúde.

Segue-se a uma viagem rápida pelas décadas que se destacaram nas movimentações da saúde no Brasil:

Na década de 20, ocorreu o marco da instituição das Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), com o advento da Lei Elói Chaves.

Já na década de 40 ocorreu à implementação da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Em 50, foi criado o Ministério da Saúde.

Na década de 70, ocorreu a ampliação constante da cobertura do sistema, com o aumento da oferta de serviços médico-hospitalar. Segundo JULIANI, et al. (1999) que cita Mendes para salientar que “criou-se o seguinte tripé: o Estado financiador, através da Previdência Social; setor privado nacional, como prestador de serviços e o setor privado internacional, como produtor de insumos”. Nesta década ainda tivemos a criação do INAMPS pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A década de 80 foi marcada, pela crise da Previdência Social e pelas primeiras linhas do que viria a ser o SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 cumpriu um papel fundamental de sistematizar e disseminar o projeto democrático de reforma sanitária que foi voltada para:

Universalização do acesso, a equidade no atendimento, a integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços e a participação da comunidade (CARVALHO 2009, p.63).

Em 1988 tivemos o advento da nova Constituição Federal do Brasil, muito conhecida como Constituição Cidadã e com ela houve uma verdadeira reformulação em muitos conceitos e entendimentos, entre eles, a saúde que passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado. Passando a exigir a execução de Políticas Públicas capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população, assegurando a todos/as o acesso aos serviços.

A nova Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, na década de 90, com a aprovação das Leis nº 8080 e 8142, ambas de 1990.

Esta modificação estrutural da saúde no Brasil passou a interpretar a como um dever do Estado garantir a saúde, para tanto, necessitaria de reformulações nas execuções de políticas econômicas e sociais para a redução de riscos de doenças e melhoramento nas condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Constituição Federal estabelece:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (BRASIL, Constituição, 1989)

Na década de 90 até a atual, então, houve a legitimação das grandes e fundamentais transformações com a saúde no Brasil. A primeira ocorreu em março

de 1990, com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, Decreto 99.060/90; a segunda com o advento das Leis nº 8080/90 e 8142/90.

A Lei nº 8080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta Lei definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental. (BRASIL, Lei 8080/90, 1990)

A Lei nº 8142/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. (BRASIL, Lei 8142/90,1990)

Desta forma o Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8080/90, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Princípios do SUS

Universalidade – “A saúde é um direito de todos”, como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei, mas se deve garantir que todas as pessoas tenham direito de acesso aos serviços de saúde, em qualquer instância e todos os níveis de assistência, que tenham a oportunidade;

Integralidade - A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

Eqüidade - Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, deve haver a atenção às pessoas, em igualdade de condições, não havendo preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Participação da comunidade - O controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

Descentralização político-administrativa - O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos. Pretendendo valorizar os serviços de saúde, descentralizando e alcançando os municípios;

Hierarquização e regionalização - Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangência a área de vários serviços de menor complexidade.

Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular.

SUS como Novo Pacto Social

Após o conhecimento de todo o contexto histórico do sistema de saúde no Brasil, a identificação da evolução até chegarmos ao sistema atual, verifica-se a formulação de um novo pacto social em que a saúde passa a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, formando a contextualização da cidadania social.

Anteriormente o modelo se baseava na idéia de seguro social, em que o direito estava do sistema, através das contribuições sociais previdenciárias.

O SUS transformou o direito a saúde, modificando sua condição de privilégio dos contribuintes da Previdência e passou a ser um direito de todos, independente da sua condição financeira ou da contribuição realizada ou não para a Previdência.

O direito de todos é evidenciado na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, já o dever do Estado, encontra-se expresso no pacto de solidariedade imposto a sociedade como um todo que se funda em um novo modelo de financiamento, quando há a contribuição da sociedade para garantir o acesso de todos.

Conceitos

Para o presente projeto há a necessidade do conhecimento de algumas fundamentações teóricas que refletem o espírito do SUS no GHC e neste projeto. Para tanto, precisa haver a compreensão dos fundamentos teóricos do que significa um projeto, para a sua adequada formulação, pois “um bom projeto social busca atender a uma necessidade relevante, cujo impacto irá beneficiar ou satisfazer um setor significativo da comunidade” (VIAN, et al., 2009).

Neste sentido há ainda a definição clara de que:

Projeto pode ser definido como um empreendimento planejado, que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos dentro dos limites de

um orçamento e de um período de tempo dado (VIAN, et al., 2009. p.48).

A conceituação conduz para a análise da organização do projeto e da necessidade do estabelecimento e etapas. Neste sentido

sistematizar o trabalho em etapas a ser cumpridas, compartilhar a imagem do que se quer conquistar, identificar seus limites e apontar caminhos alternativos para alcançar os resultados almejados. (VIAN, et al., 2009. p.48).

Um projeto bem escrito possui o dom de comunicar objetivamente todas as informações necessárias para a implantação da intervenção e cada etapa a integrar o todo.

Outros conceitos que se destacam neste projeto são a integralidade, referência e a contra-referência, as duas últimas entendidas como estratégia para a integralidade da atenção à saúde, e de grande relevância para o projeto de intervenção.

A importância do conceito da integralidade no Brasil ganhou maior destaque:

o conceito de integralidade começa a ser discutido a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, iniciado na década de 1980, mas só vai se tornar um princípio com a criação do SUS, em 1990, através da Lei 8080 (FRATINI, et al. 2008, p.04)

A integralidade passa a ser compreendida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” E este conceito é citado por FRATINI, et al. (2008).

A partir deste contexto muito se tem discutido com o objetivo de ampliar este conceito. O desafio da integralidade, conceito consagrado pela Constituição de 1988, é de suma importância como um dos pilares de sustentação do SUS. Para sua concretização é necessário que

de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde; prevenção dos fatores de risco; assistência aos danos; e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde – doença (FRATINI, et al. 2008, p.04)

Desta forma o conceito de integralidade ganhou maior destaque com a ampliação do Serviço Único de Saúde no Brasil e passou a refletir o objetivo maior da saúde que é atender de forma ampla os usuários, atendendo a integralidade fundamentalmente.

Já os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para a saúde e o sistema existente, no entanto, mesmo já sendo uma realidade, ainda se encontra num estágio de pouco desenvolvimento na integralidade em saúde.

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço.

Ainda sobre a referência se destaca uma orientação da Prefeitura de Campinas, São Paulo, que consta nas orientações prestadas aos seus profissionais e disponíveis na internet, na página oficial, a exigência de que:

a solicitação seja impressa com letra legível, com assinatura e carimbo do médico solicitante, identificação da unidade solicitante. Atentar para o preenchimento de História Clínica, Hipótese Diagnóstica e Exame Neurológico sucinto. Especificar motivo/justificativa do encaminhamento.
<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/manual_neuro_mar07.pdf> Acessado nov. 2009.

Já a contra-referência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde. Cabe destacar uma definição quanto a este aspecto quanto ao fato de que “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário” FRATINI, et al. (2008)

O entendimento de WITT quanto ao sistema de referência e contra-referência que se constitui segundo a autora e seu mestre

na articulação entre as unidades, sendo a referência trânsito do nível menos para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência, trânsito do nível maior para o de menor complexidade (JULIANI, et al., 1999, p.325).

Após a compreensão dos conceitos de integralidade, referência e contra-referência, foi possível identificar a constante busca por mecanismos facilitadores do

estabelecimento de processos de referência e contra-referência podem ser considerados fundamentais para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que muitas experiências se mostram frágeis e muitas vezes isoladas ou inexistentes, principalmente, com relação a contra-referência, não permitindo generalizações, mas que necessitam de incentivos para ampliar a prestação de serviços especializados ao maior número de usuários possível.

Público Alvo

Pacientes atendidos no ambulatório de especialidades do HCC, na especialidade de neurologia, diretamente e indiretamente as crianças de zero a doze anos que tenham a necessidade do atendimento na especialidade de neurologia clínica pediátrica.

Objetivos do Projeto

Reduzir a demanda interna e externa para a especialidade de neurologia pediátrica no ambulatório do HCC.

- Implantar o ícone de referência e contra-referência nesta especialidade.
- Reorganizar o serviço de modo a utilizar uma rotina de atendimento que preveja a otimização do serviço.
- Aumentar o número de vagas para a especialidade de neurologia pediátrica.

Metas

Indicador de resultado	Meta	Mecanismo de verificação	Periodicidade	% atingido da meta / indicador
Tempo de espera pela primeira consulta na demanda interna	passar para 1 mês de espera no prazo de 6 meses	Registro do tempo de espera da primeira consulta, junto a dados internos de tempo de espera Cálculo final do tempo de primeiras consultas	mensal semestral	Cálculo do percentual e análise da situação mensal e semestral
Aumento do número de primeiras consultas	Passar para 600 primeiras consultas no prazo de um ano	Registro das primeiras consultas análise dos levantamentos parciais cálculo final do número de primeiras consultas	mensal semestral anual	Cálculo do percentual e análise da situação mensal , semestral e anual
Número de pacientes contra - referenciados	Passar para 100 pacientes no prazo de um ano.	Registro diário de todos os pacientes referenciados	mensal	Cálculo do percentual e análise da situação mensal

<p>Uso de rotina no prontuário eletrônico</p>	<p>Passar para 792/mês (100% dos pacientes) no prazo de um ano</p>	<p>Registro do número de consultas X uso do prontuário</p> <p>Análise do percentual de uso</p> <p>Cálculo final do percentual de uso do prontuário</p>	<p>mensal</p> <p>semestral</p> <p>anual</p>	<p>Cálculo do percentual e análise da situação mensal , semestral e anual</p>
---	--	--	---	---

Escopo do Projeto

1 - A Intervenção

Nó Crítico	Intervenção
Permanência do paciente no Ambulatório do HCC após o atendimento	Modificar o fluxo promovendo a Contra - referência
Falta da rotina de atendimento da neurologia clinica no Prontuário Eletrônico	Implantação do Prontuário Eletrônico na Neurologia Clinica Pediátrica

2 - Implantação

2.1- Aprovação do Projeto junto à Gerência de Internação e Chefia do Ambulatório.

Recurso – Político - De Poder - Sensibilização, aprovação e colaboração.

Ação – Promover uma reunião com as chefias responsáveis para obter a aprovação do projeto.

Ator - Gerentes de Internação e Informativa e Chefias do Ambulatório: administrativa e médica.

Motivação - Desconhecida.

2.2- Rotina de Atendimento Neurológico no Prontuário Eletrônico

Recurso – Cognitivo dos profissionais envolvidos – promover a sensibilização.

Ação – promover encontro com os profissionais para apropriação de conhecimento visando à rotina de atendimento neurológico no Prontuário Eletrônico.

Ator – Profissionais de Neurologia Clinica

Motivação - Desconhecida.

2.3- Implantação do ícone da contra-referência no Prontuário Eletrônico.

Recurso – Cognitivo e de Poder

Ação – promover a implantação do ícone da contra-referência, através da Gerência de Informática.

Ator - Gerentes de Informativa.

Motivação - Desconhecida.

2.4- Aquisição de equipamentos e Materiais.

Recurso – De Poder - Político - Financeiro.

Ação – Mobilizar e obter recursos para obtenção dos equipamentos e materiais

Ator – Gerente de Internação e Chefias do Ambulatório: administrativa e médica.

Motivação - Desconhecida.

3 - Execução

3.1 Inclusão do Ícone da Contra-referência no Prontuário Eletrônico do Paciente

Para o funcionamento da efetividade da contra-referência, projetamos a inclusão do ícone no Prontuário Eletrônico e ao final do atendimento no qual o paciente foi atendido, diagnosticado e medicado, o paciente leve impresso o resumo do atendimento que recebeu na especialidade de neurologia clinica pediátrica.

Nesta ferramenta se pretende criar o ícone da contra-referência, que se pretende que tenha ícones internos e que um deles seja o da contra-referência neurológica o qual deverá constar os dados conforme o protótipo de modelo a seguir:

ÍCONE

GRUPO HOPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO – AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA

Dados do paciente, referência e contra-referência

Nome do Paciente
Nome da Mãe

Data de nascimento	Idade	Registro GHC
Endereço		
Bairro	Cidade	
CEP	Telefone	
Unidade de Saúde		
Especialidade referenciada NEUROLOGIA PEDIÁTRICA		
Profissional		
Atendimentos		
1º/...../.....	3º/...../.....	5º/...../.....
2º/...../.....	4º/...../.....	6º/...../.....
7º/...../.....	8º/...../.....	
Exames Realizados		
<input type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> Eletro Encéfalograma <input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> Tomografia <input type="checkbox"/> Eletro Cárdiograma <input type="checkbox"/> Ressonância		
Informações de Contra-referência		
Medicações em uso:		
Medicações indicadas:		
Orientações quanto às medicações:		

5.1 Prazo para intervenção:

12 (doze) meses.

5.2 Espécies de intervenção:

5.1.2.1 - 01 (um) mês para mobilizar a Gerência de Internação, as Chefias: Administrativa e Médica do Ambulatório e a Gerência de Informática.

5.1.2.2 - 05 (cinco) meses para aquisição de equipamentos e materiais.

5.1.2.3 - 04 (quatro) meses para elaboração, planejamento e criação do ícone da contra-referência no Prontuário Eletrônico.

5.1.2.4 - 02 (dois) meses para capacitar, sensibilizar, obter a colaboração dos profissionais de neurologia clínica do Ambulatório, inclusive na criação do modelo de contra-referência para a Neurologia Pediátrica

Cronograma

O gerenciamento de tempo do projeto, segundo VIAN (2009) “inclui os processos necessários para assegurar que o projeto será implementado no prazo previsto”.

Meses	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Intervenções	Mobilizar Gerências											
		Aquisição de equipamentos										
							Elaboração, planejamento e criação do ícone da contra-referência					
										Capacitar, Sensibilizar e implementar		

Orçamento

Custo inicial do projeto:

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR
Folhas A4	1000	28,00
Tinta	01	150,00
Impressora	01	1.200,00

Custo de manutenção do projeto:

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR
Folhas A4	1000	28,00
Tinta	01	150,00

Recursos Humanos

Os recursos humanos a serem utilizados no projeto serão os membros do grupo, ou seja: Alexandra Costa da Silva, Jane Nunes da Silva Saraiva, Luciana Kist, Maria Janete Wagner dos Santos, Roberto Vinícius Silva Saraiva.

Resultados Esperado

- 1 – Aprovação do Projeto e colaboração na execução do mesmo;
- 2 – Impressora e materiais adquiridos e disponíveis.
- 3.1 - Inclusão do ícone da contra-referência no Prontuário Eletrônico.
- 3.2 - Equipe sensibilizada e capacitada para o uso da ferramenta Prontuário Eletrônico.
- 3.3 – Retorno dos pacientes à UBS através do uso da ferramenta de contra-referência

Bibliografia

- BRASIL. Constituição. **Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.
- BRASIL. Leis etc. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL, Leis etc. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.
- CARVALHO, Antônio. **Sistema Único de Saúde como política pública: inovação social, institucional e técnica**. IN. PESSOA, Luisa Regina (org.) ... [et al.]. **Caderno do Curso de Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde: Unidades de Aprendizagem Contextualizando e Planejando**. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, RJ. 2009, p. 63 – 90.
- FRATINI ,Juciane; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Projeto aprovado pelo CNPQ e financiado conforme Processo 402786/2005-0. Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Aprovado em: 21/01/2008
- JULIANI, Carmen; CIAMPONE, Maria. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Ver. ESc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.
- KLEIN, A.N. ; BARROSOS, V.L.M. **Memórias do Hospital Cristo Redentor: 50 anos**. Porto Alegre: EST, 2006
- PESSOA, Luisa Regina (org.) ... [et al.]. **Caderno do Curso de Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde: Unidades de Aprendizagem Contextualizando e Planejando**. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, RJ. 2009.
- RUSCHEL, Sérgio; SILVA, Eugênio; FONSECA, João e FLORES, Rui. **Uma alma para o prontuário do GHC**. Disponível em <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/carta2002.pdf>>. . Acesso em: ago. 2009.
- SOARES, Paulo Resp.**Relatório Social do GHC**, Porto Alegre: GHC, 2005.
- VIAN, Mauricio (org.)... [et al]. **Sustentabilidade das Organizações do Terceiro Setor: Captação de Recursos**. Porto Alegre: Corag, 2009.
- http://www.nce.ufrj.br/concursos/encerrados/prefeitura_campinas/anexo2.doc
Acesso 29/11/09
- M732 momento & Perspectiva em Saúde: Revista Técnica –científica do Grupo Hospitalar Conceição** – Vol. I, nº I (jan./jun. 1987) – Porto Alegre: GHC, 1987.