

# Gerência Geral do Ambulatório \_ GGA

## Créditos:

### Gerência Geral do Ambulatório -GGA

Valdes Roberto Bollela	Gerente GGA	Ago 2008 - atual
Carlos Eduardo Menezes de Rezende	Gerente GGA	Dez 2005 a Mar 2008
Alice Leiko Hanita Kaneshiro	Diretora Técnico de Serviço de Saúde	
Ana Paula Barros Zana	Oficial Administrativo	

### Equipe de Apoio Gerencial do Ambulatório – GGA-1

Edna Maria Côrrea Vedolin	Chefe de Seção
---------------------------	----------------

### Setor de Portaria e Recepção de Pacientes de Ambulatório – GGA-4

Aelton Ferreira de Melo	Gerente da Portaria e Recepção de Pacientes do Amb.
-------------------------	---

### Serviço de Arquivo Médico – GGA-5

Rosângela Bertolini dos Santos	Diretora Técnico do Serviço de Saúde
Salette Ribeiro Chaves	Encarregada de Setor

### Serviço Social Médico – GGA-6

Andréia Cristina Medeiros Bossa	Diretora Técnico do Serviço de Saúde
Sílvia Genari Ridolfo Lucio	Chefe de Seção
Regina Márcia Rodrigues Paschoalin	Chefe de Seção

### Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação – GGA-7

Elias de Carvalho	Diretor Técnico do Serviço de Saúde
Maria Aparecida Gallo Ferretti	Chefe de Seção
Angela Maria Aparecida Silva Fernandez	Chefe de Seção
Rosangela Maria Fonseca de Carvalho	Chefe de Seção
Rosemeire Paupério Lanfredi	Encarregada de Setor

**Serviço de Enfermagem de Ambulatório – GGA-8**

Silvia Maria Passeri

Diretora Técnico do Serviço de Saúde

Angela Caridade Soares Barros

Enfermeira – Chefe

# Sumário:

1. Introdução .....	4
2. Caracterização do Atendimento dos Ambulatórios (2003 a 2009) .....	11
3. Recursos Humanos .....	18
4. Planejamento Estratégico .....	19
5. Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio Hospital de Ensino .....	24
6. Unidades Componentes da GGA .....	25
Apoio Gerencial (GGA-1) .....	25
Serviço de Arquivo Médico (GGA-5) .....	31
Serviço Social (GGA-6) .....	45
Atendimento Ambulatorial e Internação (GGA-7) .....	64
Enfermagem do Ambulatório (GGA-8) .....	79
7. Satisfação do Cliente .....	103
8. Plano Diretor do Ambulatório .....	108
9. Gestão Estratégica do Espaço/ Tempo no Atendimento Ambulatorial do HCRP.....	109
10. Gestão Estratégica da Demanda no Contexto Regional .....	116
11. Mutirões e Atividades Complementares da GGA .....	121
12. Representações Comissões e Conselhos Externo ao HCRP .....	123
13. Publicações Relativas aos Ambulatórios .....	124
14. Anexo .....	126

## **1. Introdução:**

Este relatório de gestão da Gerência Geral do Ambulatório (GGA) é produzido no momento em que a atual gestão da Superintendência completa oito anos de trabalho, de 2003 a 2010. Mais que uma prestação de contas este documento pretende apresentar o contexto de criação da GGA, suas metas, objetivos e principalmente o trabalho desenvolvido desde sua criação em dezembro de 2005 até o presente momento. Além de um momento de reflexão e compreensão do que já foi feito, esperamos que esse trabalho auxilie na definição de uma visão de futuro para essa área estratégica do nosso hospital.

Por ser uma tarefa de enormes dimensões, nossa opção foi da busca do equilíbrio entre o grande volume de informações e dados existentes e a produção de um documento conciso que pudesse registrar com precisão a história do HCRP sob o olhar da equipe que é responsável pela organização do atendimento do nosso cliente, naquela que é a principal porta de entrada do usuário no hospital.

Por ser o principal acesso dos pacientes ao HCRP, o atendimento ambulatorial é responsável direto pela quase totalidade do movimento desta estrutura que é referência em cuidado e atenção à saúde, no nível terciário, para uma região com mais de 6 milhões de habitantes.

### **Histórico e Estrutura Organizacional:**

Desde o ano 2000, através da pactuação com os gestores locorregionais, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP) formalizou sua oferta de vagas de primeira consulta para o sistema de regulação médica regional, o que foi decisivo na ordenação e hierarquização do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região do Nordeste paulista. Dentre outras conseqüências, essa medida impulsionou ainda mais o crescimento da demanda por consultas ambulatoriais especializadas, tanto de pacientes de primeira vez quanto de retornos, já que o hospital avança no sentido de concentrar seu atendimento em portadores de condições de saúde que exigem um atendimento e acompanhamento em serviços de alta complexidade.

O projeto arquitetônico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão da Universidade de São Paulo (HCRP) foi concebido na primeira metade do século passado. Apesar de algumas ampliações realizadas nas últimas

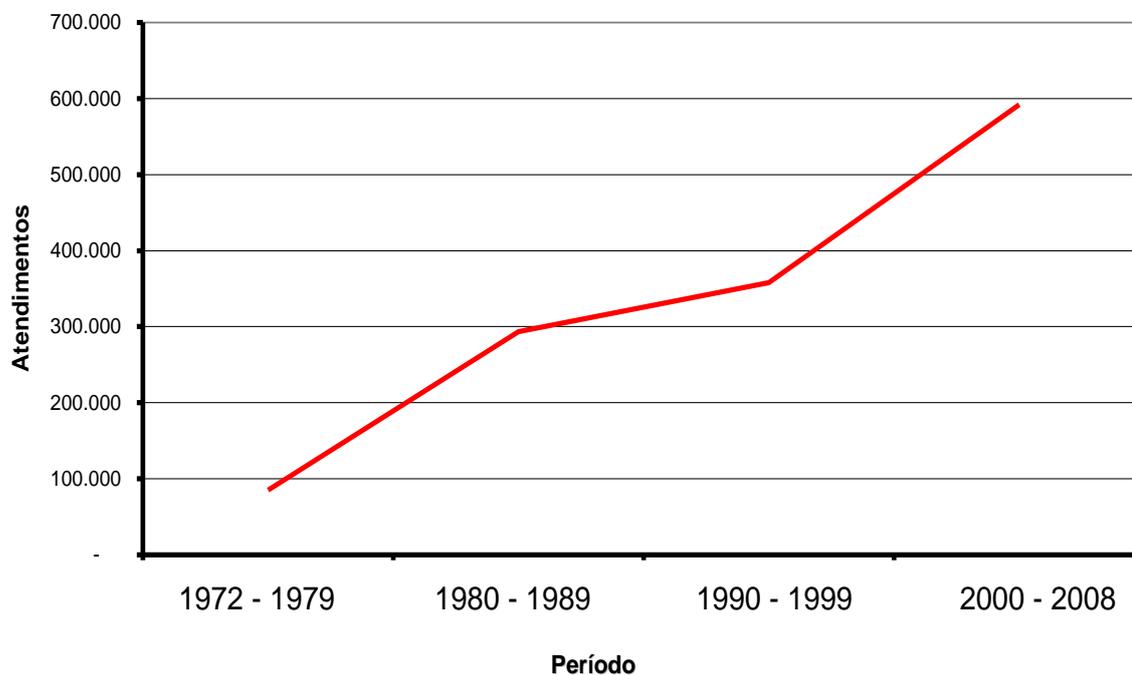
décadas, a área destinada ao atendimento ambulatorial, utilizada atualmente, é praticamente a mesma de 50 anos atrás. Atualmente cerca de 3.500 consultas e procedimentos ambulatoriais são realizados diariamente, na mesma área física que foi concebida no projeto original do hospital. Por esse e outros motivos a gestão desta área torna-se vital para o bom andamento de todo o Complexo HCRP (HC Campus, Unidade de Emergência, Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Hospital de Serrana, Centro Estadual de Referência em Saúde da Mulher–Mater, Instituto de Reabilitação Lucy Montoro, Hemocentro, e em breve também o HC Criança).

Dados relativos à evolução das consultas ambulatoriais demonstram expressivo crescimento no volume de consultas realizadas na unidade Campus do HCRP, nos últimos 40 anos. Observamos que o número de consultas aumentou em mais de seis vezes neste período (Gráfico1).

Para fazer frente aos desafios de prestar um bom atendimento ambulatorial, em 2003 foi criada a Comissão Executiva Multiprofissional do ambulatório (CEMA). Ao longo daquele ano a CEMA trabalhou em conjunto com a Assessoria Técnica do hospital e uma equipe de profissionais da Escola de Engenharia de São Carlos–USP na elaboração de um projeto de revisão e reordenação dos processos de atendimento ambulatorial do HCRP. No final de 2003 a administração do hospital finalizou um projeto que foi denominado: Aperfeiçoamento dos Processos do Ambulatório (APA). O objetivo era compreender, a partir do expertise dos profissionais da engenharia logística, o funcionamento do ambulatório, identificando seus principais processos, além de apresentar uma proposta de mudança com o objetivo de aprimorar a atenção prestada aos usuários do SUS que eram encaminhados ao HCRP.

Importante ressaltar que a proposta de trabalho foi discutida com os funcionários do ambulatório para que as soluções apresentadas pudessem contemplar as reais necessidades tanto de clientes internos (equipe de saúde) quanto os clientes externos (usuários do SUS). Uma das prioridades foi rever os processos de recepção dos pacientes e acompanhantes na portaria do ambulatório, permitindo maior controle de entrada e saída, associado ao fracionamento dos horários de agendamento e aumentando o grau de informação disponibilizada aos pacientes, minimizando os transtornos ocasionados pelo elevado número de pessoas e acompanhantes com destino às consultas e procedimentos.

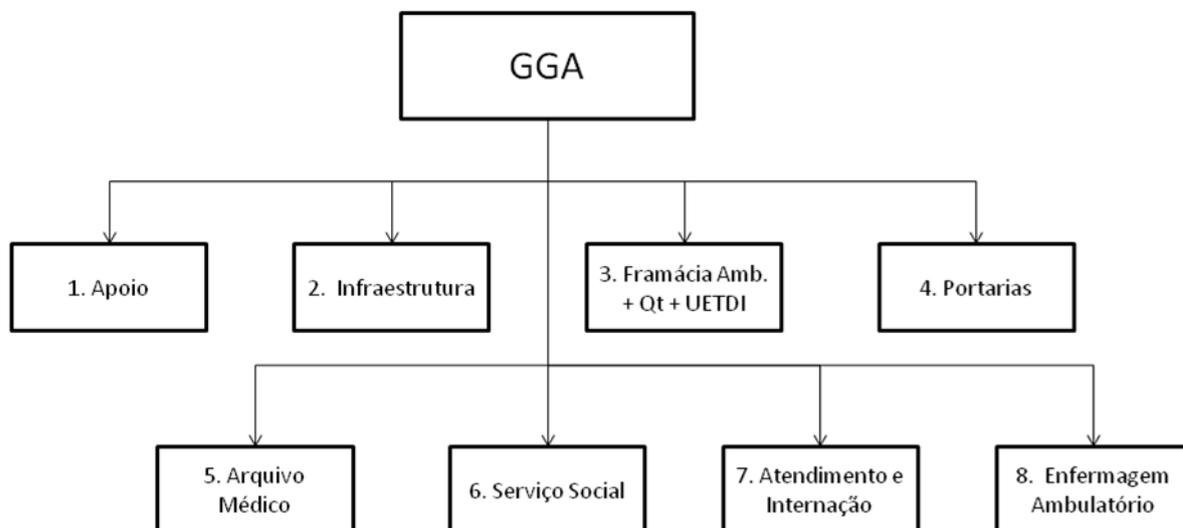
**Gráfico 1:** Número médio de atendimentos ambulatoriais realizados no ambulatório do HCRP por ano, desde 1972.



Este trabalho identificou uma série de necessidades e o plano de ação priorizou a integração entre as diversas áreas que participavam do atendimento ambulatorial, respeitando as características e/ou especificidades de cada especialidade médica e das outras profissões da saúde que aumentavam rapidamente o volume de atendimentos.

O fruto deste trabalho foi a criação, em dezembro de 2005, da Gerência Geral do Ambulatório através da portaria HCRP 200/2005. No primeiro momento a GGA abrangeu as atividades do Serviço de Arquivo Médico (SAM), o Controle de Leitos e Pacientes, o Serviço Social Médico, a Portaria do Ambulatório, a Farmácia Ambulatorial e a Enfermagem Ambulatorial, conforme estrutura organizacional apresentada na Figura 1:

**Figura 1:** Estrutura Organizacional Básica da GGA (2005)



A seguir apresentamos em detalhes a composição de cada componente da GGA, conforme sua concepção original e as poucas alterações que aconteceram desde sua criação.

Componentes da GGA:

- GGA-1 – Equipe de Apoio Gerencial do Ambulatório;
- GGA-2 – Equipe de Infraestrutura
- GGA-3 – Seção de Farmácia: Ambulatorial, Quimioterapia e UETDI
- GGA-4 – Setor de Portaria e Recepção de Pacientes de Ambulatório;

- GGA-5 – Serviço de Arquivo Médico:
  - GGA-5.1 Seção de Registro
  - GGA-5.2 Seção de Arquivo de Prontuário
  - GGA-5.3 Seção de Documentação de Prontuário Médico
  - GGA -5.3.1 Setor de Revisão
  - GGA-5.4 Seção de Dados Médicos
  - GGA-5.4.1 Setor de Classificação Nosológica
  - GGA-5.5 – Setor de Expediente
- GGA-6 – Serviço Social Médico:
  - GGA-6.1 Setor de Expediente
  - GGA-6.2 Seção de Atendimento Social de Ambulatório II
  - GGA-6.3 Seção de Atendimento Social de Ambulatório I
  - GGA-6.4 Seção de Assistência a Pacientes Internados
  - GGA-6.5 Seção de Saúde Comunitária
  - GGA-6.6 Unidade de Apoio a Pacientes
- GGA-7 – Serviço Atendimento Ambulatorial e Internação:
  - GGA-7.1 Seção de Ambulatório I
  - GGA-7.1.1 Setor de Ambulatório I
  - GGA-7.2 Seção de Ambulatório II
  - GGA-7.2.1 Setor de Ambulatório II
  - GGA-7.3 Seção de Internação e Controle de Leitos
  - GGA-7.3.1 Setor de Informações
  - GGA-7.4 Setor Expediente

- GGA-8 – Serviço de Enfermagem do Ambulatório:
  - GGA-8.1 Seção de Enfermagem de Ginecologia e Obstetrícia
  - GGA-8.2 Seção de Enfermagem de Oftalmo e Otorrino
  - GGA-8.3 Seção de Enfermagem de Neurologia e Neurofisiologia
  - GGA-8.4 Seção de Enfermagem de Pediatria e Psiquiatria
  - GGA-8.5 Seção de Enfermagem da Central de Quimioterapia
  - GGA-8.6 Seção de Enfermagem de Clínica Médica
  - GGA-8.7 Seção de Enfermagem de Cirurgia, Ortopedia, Cir. Cabeça e Pescoço e Endoscopia Digestiva
  - GGA-8.8. Seção de Enfermagem de Radiodiagnóstico e Genética
  - GGA-8.9 Seção de Enfermagem de Radioterapia
  - GGA-8.10 Seção de Enfermagem de Ressonância Magnética
  - GGA-8.11 Seção de Enfermagem de Vigilância em Saúde

Com a implantação do programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (MEDEX) houve a necessidade de reorganizar a estrutura, resultando na extinção da GGA-3, e a ampliação das unidades de farmácia, com a criação das seguintes estruturas:

- GGA-9 Farmácia de Dispensação de Medicamentos Excepcionais
- GGA-10 Farmácia de Quimioterapia
- GGA-11 Farmácia da UETDI

Em agosto de 2008, em nova revisão da organização da GGA a gerência entendeu que os três GGA's de farmácia ambulatorial deveriam estar sob a coordenação da Divisão de Assistência Farmacêutica do HCRP por motivos técnicos e operacionais. Assim foi feita a reordenação. Neste período algumas outras estruturas foram criadas para atender a necessidade de crescimento da demanda e foram criadas novas subdivisões dentro do GGA-8 da Enfermagem e outras vinculadas diretamente a GGA, como podemos observar a seguir:

- GGA-8.12 Central Procedimento Ambulatorial
- GGA-8.13 – Seção de Enfermagem de Ortopedia e Oncologia
- GGA-8.14 – Seção de Enfermagem de Endoscopia
- Laboratório de Provas Funcionais e Biópsias Hepáticas (em definição)
- Registro Hospitalar de Câncer (em definição)
- Coleta de Exames para o Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC (em definição)

## 2. Caracterização do Atendimento dos Ambulatórios (2003 a 2009)

A seguir apresentaremos os dados relativos ao atendimento no ambulatório do HCRP segundo os dados que foram publicados nos Relatórios Anuais de Gestão do HCRP e que estão publicados na portal do HCRP na Internet. A tabela 1 apresenta dados estruturais básicos do hospital, com ênfase nos ambulatórios, no ano de 2003 e 2009.

**Tabela 1:** Perfil do HCRP Campus (2003 e 2009). Dados estruturais e Recursos Humanos

Perfil HCRP Campus (2003 e 2009)		
Perfil	2003	2009
<b>Enfermaria</b>		
Leitos Gerais	575	584
Leitos Particulares	22	23
Leitos de Hospital Dia	36	36
Leitos de UTI	52	53
<b>Total de Leitos</b>	<b>685</b>	<b>696</b>
<b>Ambulatório</b>		
Consultórios/Salas de Atendimento	328	405
Leitos de Observação	76	34
<b>Salas Cirúrgicas</b>		
Centro Cirúrgico Central	17	17
Centro Cirúrgico Ambulatorial	3	3
Ambulatório	8	8
<b>Total de Salas Cirúrgicas</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
<b>Recursos Humanos</b>		
Funcionários (HCFMRP-USP/FAEPA)	4.681	5.508
Professores da FMRP-USP – Áreas Clínicas	211	219
Médicos Residentes	503	544
Aprimorandos	84	80

Observamos uma evolução no número de salas do ambulatório e redução de leitos de observação. Em parte isso se deve ao incremento de salas de atendimento, como por exemplo a Casa 20, consultórios da oncologia (corredor 09), Central de Endoscopia, etc. Na contagem de 2009 também foram incorporadas salas e consultórios da clínica civil, UETDI, SAMSP o que resultou em aumento das mesmas.

A seguir temos as consultas ambulatoriais por especialidade médica (Tabela 2).

**Tabela 2:** Movimento ambulatorial de consultas médicas de 2003 a 2009

<b>Especialidades</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Cirurgia	48.302	47.404	49.339	48.330	48.456	51.764	53.091
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	12.742	11.995	13.880	14.173	12.212	11.040	10.845
Clínica Médica	78.545	81.284	86.610	85.069	87.158	90.144	91.870
Clínica de Dor	0	0	1.788	1.360	1.352	1.419	1.459
Dermatologia	16.015	18.850	20.462	17.561	18.041	20.245	17.402
Genética	4.465	4.119	3.819	3.723	3.439	3.577	3.477
Ginecologia/Obstetrícia	42.714	41.461	41.937	41.038	41.412	46.009	46.651
Reabilitação <sup>(2)</sup>	309	304	182	-	-	1.074	4.365
Hemocentro	10.910	10.740	11.158	11.504	11.541	12.707	12.193
Neurologia	30.324	29.678	30.251	31.105	31.580	32.441	34.143
Oftalmologia	54.018	51.248	53.416	55.689	55.771	50.425	45.984
Oncologia Geral <sup>(1)</sup>	1.167	649	99	-	-	-	-
Ortopedia	25.676	24.118	24.371	24.024	24.914	26.316	27.617
Otorrinolaringologia	19.153	15.865	19.147	19.004	19.172	21.120	22.233
Pediatria	25.066	25.261	26.029	26.116	26.698	26.970	27.316
Psiquiatria	10.579	10.300	9.582	8.782	7.558	7.104	8.680
Radioterapia	1.822	2.242	2.317	3.073	2.571	1.920	1.386
Serv. Assist. Médica e Social	4.715	5.457	5.612	7.564	6.850	7.947	10.407
Atend. Espec. dos Servidores	6.801	7.984	7.425	6.544	9.118	8.644	7.937
SESMT	1.612	2.953	2.971	2.264	2.757	2.772	2.924
UETDI	9.000	8.747	9.483	9.236	8.683	7.611	8.166
Vigilância Epidemiológica	734	1.583	1.610	1.561	1.582	2.074	3.422
<b>Total Consultas</b>	<b>404.669</b>	<b>402.242</b>	<b>421.488</b>	<b>417.720</b>	<b>420.865</b>	<b>433.323</b>	<b>441.568</b>

<sup>(1)</sup> A partir de junho de 2005 os casos de Oncologia Geral passaram a ser atendidos em cada uma das especialidades.

<sup>(2)</sup> As consultas de Reabilitação de 2006 e 2007 foram computadas juntamente com as demais especialidades.

\* Excluídas consultas da Clínica Civil e Vila Lobato

Observamos uma tendência crescente no quantitativo de consultas médicas nos últimos 7 anos, aumentando cerca de 40.000 atendimentos neste período (10%). Observamos também que existe variação entre as diferentes especialidades, com redução importante de consultas e procedimento ambulatoriais de oftalmologia. Isso ocorreu pois houve reorganização do atendimento de Oftalmologia em meados de 2008. Naquele ano foram transferidos atendimentos de Urgência e Emergência, mais a triagem do Campus para UE e Hospital Estadual (HERP), respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3:** Procedimentos ambulatoriais vinculados à consulta (2003 a 2009)

Procedimentos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cirurgia	11.230	10.695	10.562	10.893	10.987	11.449	11.300
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	270	229	248	975	1.063	992	815
Clínica Médica	614	2.763	894	684	910	922	1.224
Clínica de Dor	0	0	3.058	3.231	3.388	3.166	3.988
Dermatologia	652	685	1.630	2.331	2.352	2.275	2.012
Ginecologia/Obstetrícia	16.072	16.436	11.286	14.376	13.235	13.773	12.205
Reabilitação <sup>(2)</sup>	0	0	0	0	0	0	668
Neurologia	2.275	1.736	2.245	2.102	2.338	2.487	2.685
Oftalmologia	59.216	55.702	49.372	39.878	55.369	51.419	43.808
Ortopedia	2.630	2.396	2.890	2.527	2.602	2.819	2.308
Otorrinolaringologia	1.934	1.541	1.788	1.749	2.754	4.179	4.170
Pediatria	847	787	1.103	1.271	1.140	1.154	1.238
SAMSP	0	0	0	79	128	388	608
Atend. Espec. dos Servidores	0	0	0	198	652	863	1.135
UETDI	86	53	72	78	68	82	91
<b>Total Procedimentos</b>	<b>95.826</b>	<b>93.023</b>	<b>85.148</b>	<b>80.372</b>	<b>96.986</b>	<b>95.968</b>	<b>88.255</b>

<sup>(1)</sup> A partir de junho de 2005 os casos de Oncologia Geral passaram a ser atendidos em cada uma das especialidades.

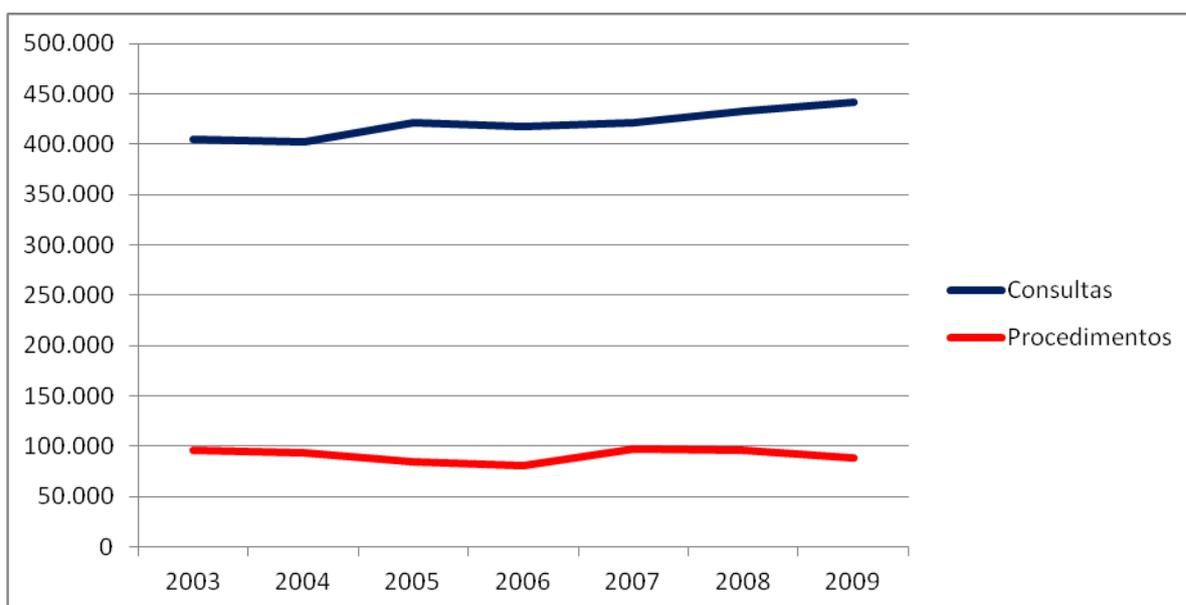
<sup>(2)</sup> As consultas de Reabilitação de 2006 e 2007 foram computadas juntamente com as demais especialidades.

\* Excluídas consultas da Clínica Civil e Vila Lobato

Importante ressaltar que apesar da redução no Campus, a Oftalmologia produziu um número maior de consultas e de procedimentos após a abertura dos serviços na UE e no HERP. Em contrapartida as consultas do Campus ficaram exclusivamente para as subespecialidades (retina, glaucoma, catarata, transplante de córnea, etc..).

No geral observamos um crescimento no volume de consultas especializadas e uma estabilização no número de procedimentos especializados no período de 2003 a 2009 (Gráfico 2).

**Gráfico 2:** Consulta e Procedimentos ambulatoriais SUS HCRP (2003 a 2009)



Além de procedimentos regulares, o ambulatório oferta ao SUS uma série de exames complementares de diagnose e terapêutica, como por exemplo: exames radiológicos, procedimentos invasivos guiados por exames de imagem, provas funcionais de pneumologia, exames cardiológicos, de medicina nuclear, patologia, etc..

A evolução do quantitativo de exames nas diferentes especialidades pode ser visto na tabela 4, a seguir:



**Tabela 4: Exames Complementares Especializados por Clínica:**

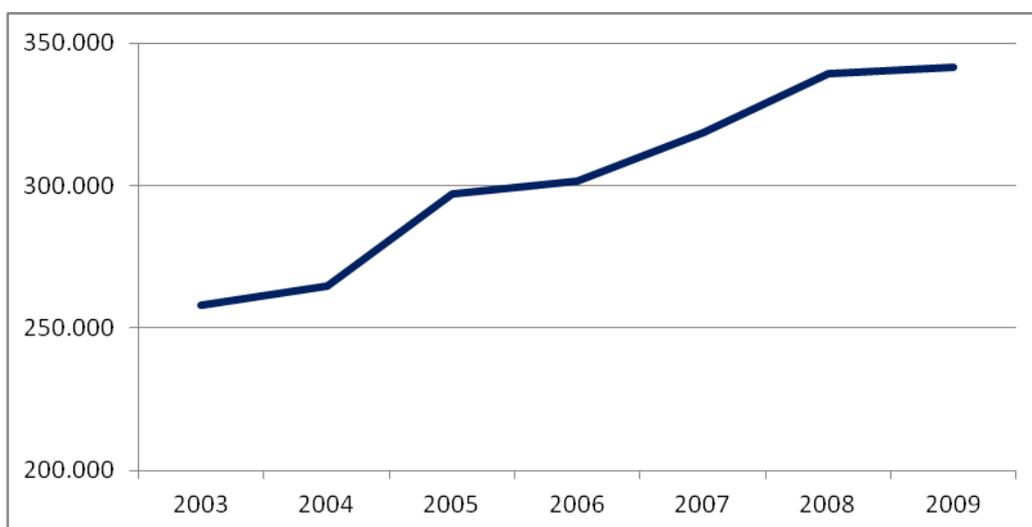
<b>Exames Especializados</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Cardiologia	39.006	37.550	41.978	44.587	45.836	47.613	50.818
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1.536	2.082	1.774	1.810	1.743	1.656	1.819
Endoscopia Digestiva	9.251	8.231	11.332	12.036	13.048	12.459	12.814
Fonoaudiologia <sup>(1)</sup>	11.328	28.673	34.678	32.099	33.926	34.801	28.861
Lab. de Patologia – Biópsias	3.353	3.086	29.567	28.759	33.777	37.282	38.513
Medicina Nuclear	4.848	4.371	3.250	3.155	3.209	3.324	3.060
Neurofisiologia Clínica	5.230	3.626	4.838	5.206	4.930	6.506	6.586
Neurologia Aplicada Experimental <sup>e</sup>	5.035	4.944	4.513	3.019	9.080	9.838	11.824
Ortótica	24.469	25.568	5.295	5.430	5.662	5.167	4.156
Pneumologia	8.168	8.066	10.247	10.964	13.446	12.500	13.659
<b>Radiodiagnóstico</b>							
Exames	98.297	95.642	104.320	107.438	105.387	111.846	109.805
Ressonância Magnética	5.850	5.526	5.729	5.768	5.887	7.515	9.132
Tomografias	15.517	15.253	16.337	17.757	19.998	23.111	23.202
Ultra-sonografia	25.864	22.232	23.380	23.390	22.476	25.751	27.053
<b>Total</b>	<b>257.752</b>	<b>264.850</b>	<b>297.238</b>	<b>301.418</b>	<b>318.405</b>	<b>339.369</b>	<b>341.302</b>

<sup>(1)</sup> A partir de 2008 os procedimentos foram demonstrados junto com os exames, devido à informatização da Unidade.

No gráfico 3 apresentamos o incremento (+ de 100.000 exames) na quantidade destes exames complementares que foram realizados no hospital. Esse aumento reflete o aumento da complexidade do paciente que está sendo atendido no HCRP e que cada vez demanda investigação complementar que somente pode ser feito em centros que concentrem tecnologia e profissionais especializados.

Um grupo de procedimentos complementares, incluindo radioterapia, CCP, cardiologia, captação de córnea, litotripsia, e de terapia ocupacional são apresentados na tabela 5.

**Gráfico 3:** Exames Complementares Especializados (2003 a 2009)



**Tabela 5:** Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos II:

Diagnose e Terapêutica	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Banco de Olhos – córneas captadas	1.633	2.193	1.682	2.289	2.393	1.975	1.890
Cardiologia	332	280	315	273	266	469	562
Cir. Cabeça e Pescoço - Odontologia	2.374	1.850	3.484	4.487	7.482	6.025	5.413
Litotripsia	504	433	554	638	569	485	305
Radioterapia - Aplicações	57.456	75.100	84.839	88.111	79.580	55.199	50.422
Terapia Ocupacional	7.873	6.875	8.113	10.496	12.731	14.201	17.673
<b>Total</b>	<b>70.172</b>	<b>86.731</b>	<b>98.987</b>	<b>106.294</b>	<b>103.021</b>	<b>78.354</b>	<b>76.265</b>

Chama a atenção aqui a queda no volume de aplicações de radioterapia e de litotripsia. Isso deveu-se a quebra do acelerador linear e do aparelho de litotripsia extracorpórea. Desde o início de 2010 um novo acelerador foi instalado e um segundo aparelho já está entrando em atividade. Além disso uma nova máquina de litotripsia foi adquirida pelo Hospital e deverá estar instalada em 2011.

A seguir apresentaremos os dados relativos ao atendimento realizados pelas equipes de saúde não médicas (Tabela 6):

**Tabela 6:** atendimentos de Saúde (exceto médico) de 2003 a 2009

Atendimentos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Enfermagem	4.302	4.413	6.722	6.404	6.668	13.106	19.589
Fisioterapia	96.789	77.454	78.839	117.783	104.723	150.129	131.534
Fonoaudiologia	30.002	28.673	34.678	32.099	33.926	34.801	28.861
Nutrição	1.727	2.012	2.149	2.868	3.547	4.255	4.646
Odontologia	4.880	4.570	7.926	9.567	11.374	10.310	9.290
Psicologia	16.979	15.385	17.629	19.086	19.918	20.030	19.734
Psicoterapia	628	387	281	347	317	167	244
Terapia Ocupacional	7.873	7.677	8.651	11.631	14.516	19.127	24.171
Serviço Social Médico	500.746	492.383	470.730	470.102	444.403	432.896	375.808
<b>Total</b>	<b>663.926</b>	<b>632.954</b>	<b>627.605</b>	<b>669.887</b>	<b>639.392</b>	<b>684.821</b>	<b>613.877</b>

Esse é um setor em constante crescimento no hospital, pois as equipes reconhecem o valor e a necessidade do atendimento integral ao nosso usuário, especialmente em especialidades que cuidam de problemas como transplantes, oncologia, reabilitação, etc., em que a atuação Multiprofissional é critério de qualidade do serviço.

Assim dentro deste grupo observamos grandes diferenças ao longo dos últimos sete anos. Algumas profissões ampliaram consideravelmente seus atendimentos: Fisioterapia; Nutrição; Enfermagem; Odontologia; Psicologia e Terapia Ocupacional. Outras áreas estão estáveis ou reduzindo (Fonoaudiologia; Psicoterapia e Serviço Social). A diminuição do atendimento do Serviço Social será abordado no relatório específico desta área.

A ampliação da enfermagem está diretamente relacionada a implantação da consulta de enfermagem na rotina do ambulatório. Já na Fisioterapia e Terapia Ocupacional observamos um crescimento importante após o início das atividades de Instituto de Reabilitação Lucy Montoro do HCRP.

### **3. Recursos Humanos**

Com a criação da GGA em dezembro de 2005 não houve alteração do quadro de servidores. Houve sim a vinculação e subordinação de 314 servidores das áreas já existentes sob a coordenação da gerência criada à época. Passados sete anos a GGA, agora uma Unidade Funcional já estabelecida e com identidade conta com 390 servidores.

Houve um crescimento no quadro funcional para garantir a ampliação na oferta de serviços e também para atender uma série de normas técnicas que dia após dia obriga o hospital a rever seus processos na direção de um atendimento mais seguro e adequado.

Dentro da ampliação de 76 vagas, tivemos a contratação de 3 médicos, 2 escriturários, 41 auxiliares de enfermagem, 21 enfermeiros e 9 técnicos de enfermagem. Além disso contamos com a colaboração de 7 servidores vinculados a outros setores do HCRP: 2 técnicos de informática e 6 agentes facilitadores, que não estão vinculados, mas prestam serviço exclusivamente e diretamente a esta Unidade.

Duas atividades importantes ao funcionamento do ambulatório são contratados na modalidade como serviços terceirizados. A qualidade de serviços tem sido adequada e essa decisão tomada no início da GGA mostrou-se acertada. Um fator que contribui para isso é a inclusão destes profissionais na equipe de trabalho da GGA e o constante acompanhamento do desempenho destes profissionais que respondem a GGA, do ponto de vista operacional, mesmo estando contratados e vinculados a outra Diretoria do HCRP.

Atualmente o Serviço de Higiene e Limpeza conta com 33 funcionários atuando no ambulatório (24 horas) e a Portaria tem 5 funcionários e a Segurança mais 2 pessoas que atuam na entrada do ambulatório.

#### 4. Planejamento Estratégico do HCRP

Em dezembro de 2008 o HCRP apresentou à comunidade o seu Planejamento Estratégico. Neste documento foram definidas a Visão, Missão e Valores da nossa Instituição, além de uma série de objetivos estratégicos que guiariam as ações de gestores e colaboradores da instituição. Esse foi um momento importante de reflexão das práticas e de prioridades para o futuro do hospital. Representantes da Gerência Geral do Ambulatório participaram ativamente de todas as oficinas que resultaram no documento final que hoje norteia as ações estratégicas do HCRP.

Além de compor grupos de trabalho de vários dos objetivos estratégicos a GGA ficou responsável pelo acompanhamento do **objetivo estratégico 17: Criação e Implementação do Programa de Acolhimento aos Pacientes e Capacitação dos Colaboradores**. Esse tema é central para os ambulatórios pois permeia toda a relação do usuário que procura o hospital para o diagnóstico ou tratamento de uma condição patológica e por isso mesmo precisa de um atendimento que o respeite como indivíduo, cidadão, que tem direitos e que em última análise financia toda essa estrutura.

Esses conceitos são relativamente novos para a maioria dos profissionais que atuam no hospital, desde a equipe médica, de enfermagem, administrativa e de apoio. O conceito de gestão que reconhece o usuário do hospital como o centro de todas as ações e serviços ali produzidos ainda está em construção. Nossa tarefa é fazer deste conceito uma prática e componente da cultura da organização. Assim, o Serviço Social e as diversas áreas da GGA estão trabalhando em parceria com o Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde (CEAPS) do HCRP nesta questão do acolhimento, que é um tema estruturante da atividade fim da GGA.

Desde janeiro de 2009, quando do início dos trabalhos, muitas ações já foram desencadeadas e alinhadas ao Objetivo Estratégico, dentre as quais podemos citar:

- Elaboração de procedimentos operacionais que detalhem o que entendemos por uma recepção e um atendimento acolhedor dentro do ambulatório do HCRP.

- Treinamento dos profissionais da GGA, com ênfase especial naqueles que atendem público externo, tendo como referencial dos procedimentos operacionais que foram elaborados com esta finalidade.
- Oficinas de desenvolvimento de liderança para gestores da GGA (específico) e para gestores do HCRP, dentro do Curso de Gestão de pessoas do HCRP, que contou com a participação de profissionais do GGA. O foco principal do treinamento foi em equipes de alto desempenho e liderança apreciativa.
- Reorganização do trabalho dentro de cada Unidade da GGA, de modo a estender e aplicar os princípios do trabalho em equipes de alto desempenho e de Liderança Apreciativa que foram trabalhados com os gestores de cada área.

Além disso foi implementado um programa de treinamento voltado aos colaboradores da GGA, que contou com um conjunto de atividades coordenadas pelo CEAPS e que contou com a participação efetiva do Serviço Social e dos gestores das Unidades da GGA. Algumas dezenas de encontros foram realizados para oferecer os seguintes treinamentos:

- Missão, Visão e Valores
- Atendendo com excelência nosso cliente
- Direitos do Paciente

Até o momento (setembro de 2010), cerca de 360 colaboradores já participaram destas palestras e estamos caminhando para alcançar 100% dos colaboradores neste treinamento básico, que precede algumas mudanças de rotinas no atendimento.

Além disso, uma série de ações foram implementadas visando melhorar o processo de recepção do nosso paciente e auxiliá-lo durante o tempo que permanece no hospital para seu atendimento:

- Implantação do Unifila na portaria dos ambulatórios
- Disponibilização dos agentes facilitadores da portaria dos ambulatórios

- Restrição de acompanhantes no ambulatório
- Relação ambulatório e municípios da Região (transporte de pacientes)
- Projeto visitas e acompanhantes
- Remarcação de agendamentos “*on line*”.

Desde o segundo semestre de 2008 estamos trabalhando para tornar o acesso ao ambulatório mais organizado, ágil e humanizado. Até meados de 2008, pacientes e familiares aguardavam em fila indiana que se estendia até o ponto de ônibus (+ de 300 metros). A maior parte desta distância, em área descoberta, expostas ao sol e chuva. Assim, foi instalada na entrada do ambulatório, o sistema “unifila”, semelhante ao encontrado em aeroportos, bancos e locais com grande concentração de público. Com essa medida simples, organizamos o acesso das pessoas sob o abrigo da laje que cobre a entrada dos ambulatórios.

Paralelamente, em parceria com serviço de hotelaria do HCRP, destacamos quatro colaboradores, que denominamos “agentes facilitadores”, para auxiliar no acolhimento dos usuários nos horários de pico (início da manhã e início da tarde). A área de atuação de dois agentes está focada na recepção externa, isto é, antes da entrada do paciente e acompanhante no ambulatório, esclarecendo dúvidas e orientando sobre os referidos locais de atendimento. Outros dois auxiliares atuam na área interna próximo aos balcões de atendimento, onde há maior concentração de pessoas, orientando-as para tornar o fluxo mais dinâmico.

Atendendo a uma solicitação antiga das equipes médica e de enfermagem, estabelecemos regras para acesso com acompanhantes no ambulatório do HCRP, a partir de dezembro de 2008. A proposta era restringir o número de acompanhantes dos pacientes de ambulatórios a uma pessoa e em situação específicas (pacientes de alta dependência, crianças em tratamento oncológico, etc..) ao máximo de dois acompanhantes. Fizemos um trabalho de divulgação junto aos nossos clientes, através de cartazes e distribuição de panfletos que durou 60 dias (outubro de novembro de 2008). As prefeituras foram informadas oficialmente sobre a medida e sua motivação através de ofício, encaminhado a todas as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a DRS XIII e outros Departamentos Regionais de Saúde que encaminham pacientes para este hospital.

Concomitantemente, houve uma renovação e ampliação no sistema de comunicação visual através de faixas coloridas no solo para que pacientes e acompanhantes acessem o local de atendimento de forma mais rápida e segura.

Até junho de 2009, o fluxo de visitantes de pacientes internados era misturado ao fluxo de pacientes do ambulatório. Com intuito de melhorar essa situação e oferecer mais segurança e conforto ao paciente e seu familiar durante a internação hospitalar foi desenvolvido um projeto para reestruturação da recepção de visitantes e acompanhantes de pacientes internados, que incluiu:

- transferência da área física, do ambulatório para a portaria principal do HCFMRP-USP
- adequação da área física e da logística para o atendimento de visitantes e acompanhantes de pacientes internados;
- ampliação do horário destinado a visitas aos pacientes internados (de 1 hora sem revezamento para 6 horas com revezamento)
- cadastramento e identificação de visitantes e acompanhantes de pacientes internados.

Em agosto de 2009 teve início as atividades da nova recepção apresentando resultados positivos que garantem a segurança dos pacientes internados, familiares e dos funcionários, uma vez que permite o controle de acesso das pessoas às áreas de internação.

Todas essas medidas estão diretamente relacionadas ao GGA-4 (portarias) que também é responsável por uma atividade essencial ao bom andamento do ambulatório, que é a recepção e atendimento dos clientes que chegam ao hospital sem ter uma consulta agendada para aquele dia. A isso denominamos pacientes “fora de dia”. Esse público é grande e merece uma atenção especial já que muitos são pacientes seguidos no hospital e que tiveram alguma intercorrência ou necessidade que não configura uma emergência, mas que não pode esperar o dia do retorno agendado. A recepção do paciente é feita na portaria, identifica-se a necessidade do paciente e a equipe médica é consultada para liberar ou não o atendimento fora de dia.

Desde 2007 um auxiliar de enfermagem foi destacado para essa função, e que tornou-se o coordenador da Portaria do Ambulatório, coordenando as equipes de porteiros terceirizados, segurança e agentes facilitadores. Devido a crescente demanda de trabalho, houve a necessidade de alocar outro auxiliar de enfermagem neste local. Até o ano de 2008 existiam constantes queixas (pelo menos 1 /semana) contra os porteiros e o atendimento da portaria. Após a reordenação da área reduzimos essas ocorrências para menos de 1 queixa por trimestre.

## 5. Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio Hospital de Ensino

O HCRP é contratualizado como Hospital de Ensino junto ao Ministério da Educação e para manter esse credenciamento precisa cumprir uma série de metas pactuadas com os gestores regionais e a Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde. Para tanto foi formada uma Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio (CPAC) do Hospital de Ensino, que conta com representantes do HCRP, dos usuários, alunos da Faculdade, Docentes da FMRP e dos gestores de Ribeirão Preto. Dos vinte e seis indicadores pactuados, oito são diretamente relacionados à atividade ambulatorial do HCRP (Tabela 7).

**Tabela 7:** Indicadores da CPAC relacionadas ao Ambulatório

Indicadores Ambulatoriais - CPAC 2010
<b>1 – Porcentagem de 1<sup>as</sup> Consultas da Rede</b> N.º de Vagas disponibilizadas/N.º. de Consultas realizadas
<b>2 – Taxa de Agendamento das Vagas Disponibilizadas para DRS</b> N.º de agendamento das vagas disponibilizadas / N.º. de vagas disponibilizadas para DRS.
<b>3 – Média de Consultas Médicas Agendadas por Consultório</b> N.º de Consultas Agendadas / N.º de Consultórios
<b>4A – Elaboração dos Protocolos de referência</b> Elaborar protocolos.
<b>4B – Plano de elaboração de contrarreferência</b> Elaborar plano.
<b>5 – Taxa de alta do paciente em seguimento (somente consulta médica)</b> N.º de altas / N.º de pacientes em seguimento
<b>6 – Índice de absenteísmo de pacientes agendados no período (em seguimento)</b>
<b>9 – Percentual de Exames de SADT realizados para a Rede-Paciente Externo</b> N.º de exames SADT – pac. externo / Total de exames SADT
<b>22a – Pesquisa de Satisfação do Ambulatório</b> Apresentar informação.

## **6. Unidades Componentes da GGA**

A seguir apresentaremos um resumo das atividades dos cinco anos de trabalho a partir da análise crítica realizada pelos membros de cada equipe que compõem a GGA.

### **Apoio à Gerência do Ambulatório (AGA) → GGA-1:**

Com a implantação da Gerência Geral do Ambulatório (GGA) em 2005, foi criado o Apoio Gerencial do Ambulatório para dar suporte aos diversos Ambulatórios visando um gerenciamento de materiais e a manutenção da infraestrutura de maneira mais efetiva e eficaz, através da mediação entre as necessidades da equipe médica e de enfermagem com os serviços de apoio do HCRP (Informática, Hotelaria, Engenharia, Arquitetura, etc..).

Até a criação da GGA, essa interface era de responsabilidade de cada área, sem que houvesse uma articulação para interação com os prestadores de serviço, nem tampouco uma priorização no encaminhamento dos pedidos de serviços ou de compra e reposição de equipamentos. A proposta inicial para o funcionamento do AGA era a implantação de um centro de custo único, vinculado ao Almoxarifado Central, a fim de centralizar os materiais dos diversos centros de custos sob a coordenação da Gerência Geral do Ambulatório (GGA). O projeto inicial previa a necessidade de área física compatível para acondicionar de forma adequada grande quantidade de itens diversificados, aquisição de equipamentos de informática e contratação de recursos humanos. Como não foi possível encontrar a área física adequada para a implantação do plano inicial, o projeto não se concretizou. Deste modo o AGA adotou o modelo de gestão em que cada subunidade teria um Centro de custo, que seria gerenciado de forma única.

Comparado com o modo como era feito antes da GGA, essa mudança trouxe grande melhoria nos processos. Apesar disto o AGA ainda continuava a atuar muito de forma operacional e pouco como área estratégica. Em função disto, a partir de 2007 foi designado uma pessoa para a função de Chefe de Seção, com a missão de coordenar e otimizar as atividades dos oficiais administrativos do setor, estabelecendo assim a melhoria dos processos gerados na unidade com foco nos resultados esperados pela instituição, ou seja, o atendimento satisfatório ao cliente interno (equipe médica e de saúde do ambulatório) de modo a garantir

todas as condições necessárias para o adequado atendimento ao cliente externo: nosso paciente.

Desde então, o AGA vem desenvolvendo um trabalho junto aos enfermeiros, responsáveis por cada centro de custo, para melhorar a programação de materiais de modo a suprir as necessidades dentro do teto financeiro proposto pela instituição. Para isso, tem buscado melhorar o processo de comunicação do tripé: usuário - AGA - áreas de apoio. Somente assim é possível suplantar alguns desafios como a: falta de materiais, atraso na entrega pelo Almoxarifado, demora na resolução das solicitações de ordem de serviço, etc., minimizando atritos e fortalecendo o relacionamento entre as áreas envolvidas.

A seguir apresentaremos alguns exemplos da ação estratégica que está sendo realizada pela equipe do AGA, nos últimos anos e como isso está impactando no hospital.

#### **Exemplo 1: Lentes Intraoculares (LIO) Especiais:**

Em dezembro de 2009, decidimos abordar um problema crônico existente entre AGA, Almoxarifado e Divisão de Oftalmologia ou seja, um grande estoque de lentes intraoculares especiais, e uma contínua solicitação de compra deste insumo, gerando uma despesa e risco de perda do insumo por conta do prazo de validade que pode expirar.

Iniciamos então, reuniões com os docentes do Departamento de Oftalmologia com o intuito de rever o processo de solicitação, compra e dispensação das LIO especiais. Algumas rotinas foram colocadas em prática, tais como: envio ao almoxarifado de lentes com prazo de validade inferior a nove meses para troca junto ao fornecedor, conforme estabelecido em contrato; suspensão da compra de novas LIO especiais até que fosse utilizada a maioria das lentes existentes em estoque, elaboração de planilha semanal atualizada com a disponibilidade das LIO do estoque de modo a auxiliar a equipe médica no uso das lentes já adquiridas; Lista de pacientes agendados para cirurgia com lente já reservada, que fica afixada na sala cirúrgica para acesso da equipe médica. A adoção dessas medidas contribuiu para redução de estoque dos anos anteriores. Com o envolvimento de todos, nas cirurgias realizadas até setembro de 2010 foram implantadas 70% das lentes em estoque, sem prejuízo ao paciente e ensino. Assim, no ano corrente ainda não houve aquisição de lentes especiais, resultando em economia da ordem de R\$ 60.000,00.

O início desta discussão também serviu para a revisão do quantitativo de lentes do comodato. Assim, a exemplo das lentes especiais o gerenciamento das lentes de comodato também foi revisto após várias reuniões com as equipes envolvidas (docentes, AT, Divisão de Materiais e GGA-AGA). Recentemente fechamos a programação de 2011 a fim de evitar o desabastecimento e conseqüente compras de urgência, que eram frequentes nos últimos anos.

**Exemplo 2:** Substituição do Papel Para Impressão nos Ambulatórios:

Desde o final do ano de 2008 o CIA em parceria com o GGA realizou a instalação de computadores em todos os consultórios individuais do ambulatório. Essa foi a condição básica para dar seguimento aos processos de informatização do atendimento no HCRP que já estão em curso há vários anos, e que vem se intensificando nos últimos anos. Assim, o processo de informatização do atendimento ambulatorial resultava em uma série de mudanças que incluía eliminação de impressos (exames laboratoriais, receituários, pedidos de exames radiológicos, etc.) ao mesmo tempo em que aumentava a demanda por mais papel para imprimir os documentos que precisam ser entregues aos pacientes e que agora estavam sendo solicitados diretamente no computador.

A implantação do receituário eletrônico e dos pedidos de exames radiológicos é um exemplo claro deste fenômeno. A mudança requereu um aumento da quantidade de papel padrão para impressão: o impresso HC 31.64. Esse impresso nada mais é que uma folha de papel carta com dois furos para ser anexado ao prontuário. Há alguns anos a gráfica do hospital não conseguia realizar os furos no papel carta, pelo aumento da demanda do HC 3164. No início da implantação do receituário eletrônico houve desabastecimento, resultando em grande estresse entre equipe médica, GGA e administração. Aliado a isso, esse papel acumulava as desvantagens de custo mais alto, (custo de furar a folha) e induzir quebra das impressoras pois as folhas furadas ficavam “coladas” e não conseguiam passar na impressora, gerando um grande desperdício e demanda por manutenção das impressoras que frequentemente quebravam.

O custo do impresso HC 3164 era de R\$1,95/cento, se fosse feito na gráfica do HCRP, ou de R\$2,58/cento caso fosse contratada uma empresa terceirizada para suprir a demanda de impressos que a gráfica do HCRP não conseguia produzir. A partir de um estudo da GGA concluímos que a maioria dos impressos do ambulatório não precisavam de ter furos, o que indicava para o uso do papel carta sem furos, com economia e melhor eficiência, já que os problemas com as

impressoras tenderiam a diminuir. Desde Maio de 2010 essa mudança foi implantada e esta sendo um tremendo sucesso. Além de não ter havido qualquer prejuízo para o atendimento, conseguimos melhorar o desempenho das impressoras e economizar o “furo” das folhas, que parecia ser insignificante, mas que resultou em uma economia de R\$ 14.000,00 até o momento, já considerando os cerca de 10% de impressos originais e receiptuários que fazem parte da reserva estratégica definida no plano de contingência do AGA.

### **Exemplo 3:** Suporte de Informática ao Ambulatório:

A expansão do processo de informatização beneficiou o ambulatório com a instalação de novos equipamentos de informática em todos os consultórios médicos individuais. Por outro lado gerou uma maior dependência e uma demanda por assistência técnica específica para esses equipamentos. Além disso, houve a necessidade de reservarmos um local para abrigar o suporte técnico de informática no andar dos ambulatórios, já que até o primeiro semestre de 2007 era preciso recorrer à equipe do Centro de Informação e Análise (CIA), cuja localização é subsolo, e não favorecia o atendimento em tempo hábil, interferindo diretamente no atendimento ao paciente.

No segundo semestre de 2007 a GGA recebeu um técnico de informática e em abril de 2010 passou a contar com 2 técnicos exclusivos para o atendimento aos usuários dos ambulatórios. Hoje, o suporte de informática está instalado em sala própria com ramal telefônico e foi disponibilizado “*bip*” para os técnicos. Devido a extensão da área de cobertura dos técnicos, foi necessário definir prioridades de atendimento, ficando sob a responsabilidade dos técnicos do ambulatório todos os chamados que são considerados urgentes e relacionados ao atendimento do paciente no ambulatório. Assim, as utilidades e consultórios, balcões, portaria, controle de leitos e agendamento, registro e SAM tem prioridade no atendimento por parte desta equipe e para as áreas administrativas o atendimento será feito pelos técnicos do CIA.

O AGA também tem sido responsável pelo planejamento e readequação dos equipamentos e da infraestrutura do ambulatório. Assim decidimos, em outubro de 2009, elaborar e encaminhar à Assessoria Técnica um planejamento completo que visasse prever as necessidades para o ano de 2010, e assim incluir no planejamento orçamentário do hospital essas demandas.

Do montante solicitado, até o momento, várias solicitações foram aprovadas (total ou parcialmente) com benefício claro ao usuário do SUS que vem ao nosso hospital:

- Ventiladores (todos)
- Suportes de soro (todos)
- Monitores multiparamétricos (todos)
- Biombos (todos)
- Cadeiras de rodas (parcialmente)
- Balança digital com rampa de acesso (parcialmente)
- Balança digital com rampa de acesso para obesos obesos (parcialmente)
- Bancos giratórios (todos)
- Frigobar para acondicionar materiais biológicos

Solicitações aprovadas que tinham como objetivo a melhoria da qualidade no ambiente de trabalho:

- Cadeiras ergonômicas tipo caixa (todas)
- Mocho a gás para profissional (todos)

Ainda estão pendentes os pedidos de:

- Carros maca
- Microcomputadores
- Impressoras de código de barras
- Leitores de código de barras
- Impressora multifuncional

O AGA teve um importante papel também no trabalho que culminou com a obtenção do selo do Compromisso com Qualidade Hospitalar (CQH) em 2010. A partir do diagnóstico do AGA e da equipe de enfermagem do GGA o hospital decidiu investir para adequar-se às exigências do roteiro do CQH. Para isso foram adquiridos dois novos carros de urgência (um para a RNM e outro para a Casa 20). Além disso foram comprados equipamentos para o atendimento de urgência:

- Laringoscópios completos
- AMBU (adulto e infantil)
- Caixas plásticas transparentes para acondicionar materiais de consumo dos diversos ambulatórios
- Dispensadores de álcool gel / saboneteira / papeleira para a higiene das mãos em todas as salas de atendimento do ambulatório.

Dentre as solicitações constantes do Planejamento para 2010 está a reforma e ampliação dos banheiros de pacientes, inclusive para portadores de necessidades especiais que já vem sendo reiterado ano após ano, desde 2008, sem uma solução até o momento.

## Serviço de Arquivo Médico (SAM) → GGA 5

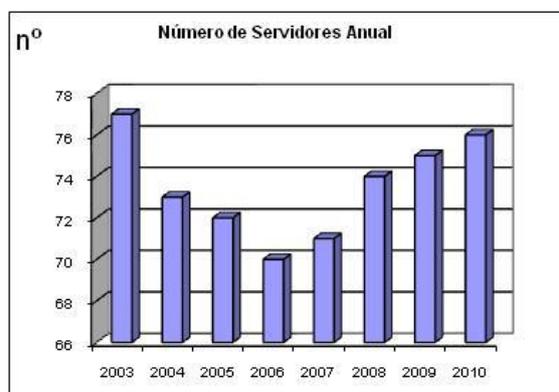
O Serviço de Arquivo Médico é responsável pela guarda e conservação dos prontuários médicos deste hospital, com um quadro funcional de 76 servidores, realiza a manutenção de aproximadamente 803.700 prontuários. Demonstramos abaixo a evolução de crescimento do número de prontuários e a oscilação na quantidade de servidores, no período de 2003 a 2010 (Tabela 8).

**Tabela 8:** Servidores e volume de prontuários no arquivo de 2003 a 2010.

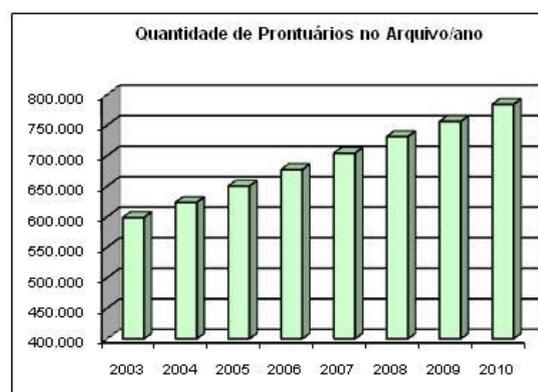
ANO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NÚMERO DE SERVIDORES	77	73	72	70	71	74	75	76
QUANTIDADE DE PRONTUÁRIOS	598530	623293	650280	677192	704097	731200	756089	784089

Os dados da tabela 8 pode ser observados nos gráficos 4 e 5.

**Gráfico 4:** Servidores SAM



**Gráfico 5:** Volume de Prontuários



Devido ao crescimento anual de 28.000 prontuários novos, ao aumento na quantidade de documentos anexados diariamente aos prontuários e também à impossibilidade de expansão da área física do SAM, foi autorizada pela administração deste hospital a realização, no período de 2003 a 2009, de mutirões de trabalho para reorganização dos prontuários ativos, semiativos e de óbitos. Após toda a adequação da estrutura, atualmente o acervo está distribuído da seguinte forma:

**Tabela 9:** Distribuição do Arquivo Ativo, Semi ativo e Inativo\*

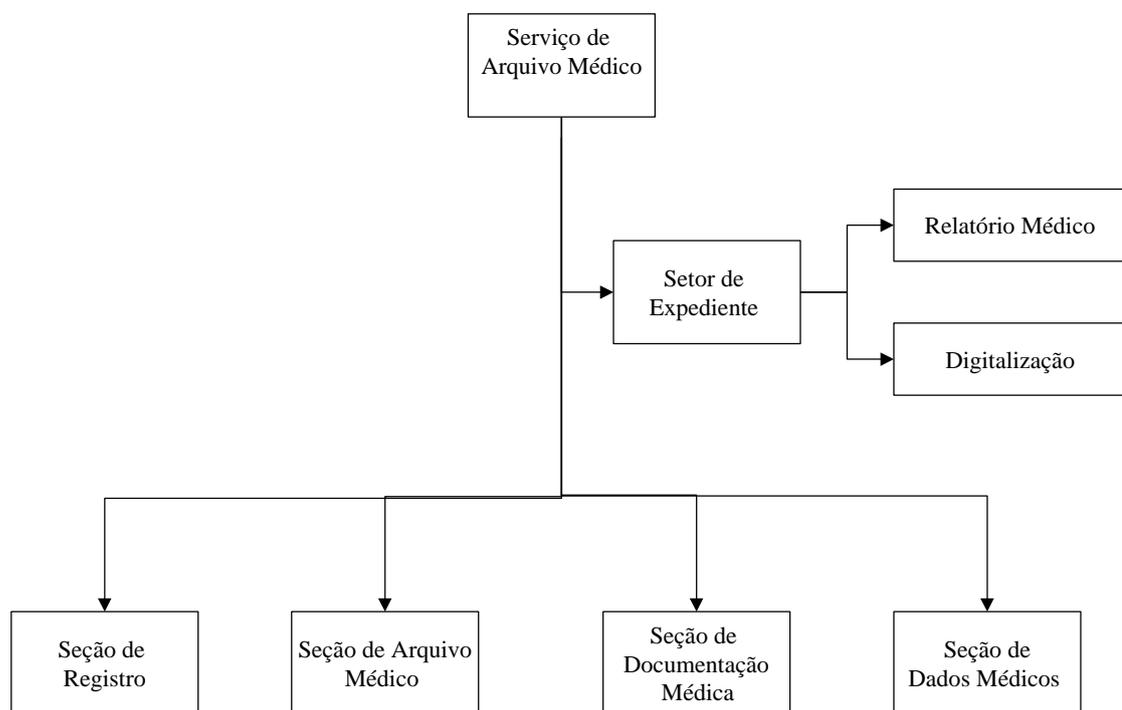
<b>Local</b>	<b>Área m<sup>2</sup></b>	<b>Acervo</b>
Arquivo Ativo	236	185.700
Arquivo Semiativo	294	309.500
Arquivo Externo	280	123.800
<b>Subtotal</b>	<b>810</b>	<b>619.000</b>
Microfilmados	16	105.800
Digitalizados	-	78.900
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>803.700</b>

*\*Arquivo Ativo – prontuários de pacientes com atendimento nos últimos 02 anos; Arquivo Semiativo – prontuários de pacientes sem atendimento há mais de 02 anos; Arquivo Externo – prontuários de pacientes que fora à óbito e Arquivo Legal*

Em dezembro/2005 o SAM, que até então era subordinado ao Departamento de Apoio Técnico (DAT), passou a ser coordenado pela Gerência Geral do Ambulatório, mantendo a seguinte composição (Figura 2):

- Diretoria (GGA-5)
  - Seção de Registro (GGA-5.1)
  - Seção de Arquivo de Prontuário Médico (GGA-5.2);
  - Seção de Documentação de Prontuário Médico (GGA-5.3);
  - Seção de Dados Médicos (GGA-5.4);
  - Setor de Expediente (GGA-5.5)

**Figura 2:** Organograma GGA – 5 – Serviço de Arquivo Médico (SAM):



### **Gestão Administrativa do SAM no período de 2003 a 2010**

Visando agilizar a assistência aos pacientes, propiciar melhores condições de trabalho para os servidores e otimizar o atendimento aos profissionais, o SAM implantou alguns projetos de adequação de sua estrutura e processos de trabalho:

#### **a) Reforma do Arquivo Semiativo**

O problema da falta de espaço disponível para arquivamento dos prontuários na Seção de Arquivo Médico foi um assunto muito discutido junto à administração deste hospital, que decidiu pela realização de reforma na área do 1º andar, ocupada anteriormente pela Divisão de Material e Seção de Transporte, para ampliação do Arquivo Semiativo. A obra foi finalizada em maio/2005, sendo instalado no local um sistema de arquivos deslizantes, com capacidade de armazenamento de aproximadamente 265.000 prontuários. O espaço criado com esta reforma foi suficiente para atender a necessidade do SAM até o ano de 2007.

#### b) Separação dos prontuários em “Arquivo Clínico” e “Arquivo Legal”

No ano de 2005 foi levado para discussão na Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos (CAPO) a dificuldade enfrentada pelo Serviço de Arquivo Médico para movimentação e arquivamento dos prontuários de pacientes ativos com mais de 04(quatro) volumes, que diariamente circulavam pelos ambulatórios e enfermarias deste hospital. Após discussões, foi definido pela CAPO que os documentos imprescindíveis para o atendimento do paciente permaneceriam nos “**volumes clínicos**” e os documentos não necessários no momento do atendimento ficariam arquivados nos “**volumes legais**”, que passaram a ficar armazenados no arquivo semiativo. Desde então, esta metodologia tem contribuído para melhor organização e movimentação dos prontuários médicos.

#### c) Mudança do Sistema Informatizado

A partir de maio/2006 passamos a utilizar o Sistema HCRP, gerenciado pelo Centro de Informações e Análises (CIA), que trouxe melhores recursos para execução das rotinas de trabalho no SAM. Dentre as novas ferramentas disponibilizadas pelo referido sistema, podemos destacar com maior relevância:

- Cadastro dos Profissionais;
- Relatório de ocorrências detectadas na revisão dos prontuários;
- Bloqueio dos profissionais com pendências;
- Relatório de prontuários com atraso na devolução;
- Indicadores SAM;
- Digitalização.

#### d) Aluguel de Área para Arquivo Inativo Externo

Ao final do ano de 2008, o espaço disponível para arquivamento de prontuários já se encontrava saturado e as condições de trabalho dos servidores se tornaram críticas. Para agravar esta situação, foi solicitada a desocupação da área utilizada para arquivamento de prontuários de óbitos no Arquivo Administrativo, localizado na Rua Aquidauana.

A seguir apresentamos algumas fotos que registram a evolução do arquivo médico (Figuras 3 a 10 ).

**Figuras 3 e 4:** Condições do Arquivo semiativo, antes do aluguel do espaço externo na Rua Canindé.



**Figuras 5 e 6:** Condições do arquivo médico ativo com prontuários “até o teto” antes da reestruturação.



Na impossibilidade de expansão da área física do SAM dentro das dependências do HCRP, em março de 2009, foi autorizado pela administração o aluguel de um imóvel, com área de 280 m<sup>2</sup>, nas proximidades deste hospital. A locação desta área melhorou consideravelmente as condições de trabalho dos servidores, otimizando a logística de arquivamento dos prontuários médicos. Com o acréscimo deste espaço, situado à Rua Canindé n.º 507, o Serviço de Arquivo Médico passou a ocupar 810m<sup>2</sup>, subdividido em áreas estratégicas.

**Figuras 7 e 8:** Imagens do imóvel da Rua Canindé.



A condição de trabalho da equipe e a segurança para os prontuários do HCRP melhorou consideravelmente após as adequações que podem ser vistas na figura 8 e 9.

**Figura 9:** Arquivo ativo após a readequação:



**Figura 10:** Arquivo semi ativo após a readequação:



e) Digitalização dos prontuários médicos

Até o ano de 2006 a PRODESP realizava a microfilmagem dos prontuários que, de acordo com a legislação vigente poderiam ser destruídos. Isso era importante pois isso ajudava a obter espaço para os prontuários novos. Com o encerramento do contrato de prestação de serviços com a PRODESP situação foi interrompida contribuindo para o saturamento da área física da Seção de Arquivo Médico.

Na tentativa de solucionar o problema, optou-se primeiramente pela digitalização terceirizada dos prontuários de óbitos, porém esta medida não foi suficiente para a liberação do espaço necessário. O problema foi novamente levado ao conhecimento da administração deste hospital, que decidiu então pela implantação de um serviço interno de digitalização, contemplando inicialmente os prontuários de pacientes sem atendimento há mais de 20 anos.

O referido serviço foi implantado em novembro/2008, sob a coordenação do SAM, com suporte do CIA e, após todos os acertos necessários, está alcançando produção de aproximadamente 10.000 imagens/dia. Esta medida já resultou, até 31/08/2010, na digitalização de 2.856.003 imagens, referentes à 71.912 prontuários.

f) Encerramento da impressão de exames

Os programas informatizados para laudos de exames complementares (análises clínicas, patologia, radiologia, etc.) iniciado em 1995, geravam em 2008 uma média de 2.500 folhas diárias, que precisavam ser anexadas todos os dias aos prontuários, que tornavam-se cada vez mais volumosos (Figura 11).

**Figura 11:** Impressão de exames de um dia



2500  
Novos  
Impressos/Dia

Este crescimento excessivo agravou o problema de falta de espaço no SAM, sendo necessária a busca de outras alternativas, até a ampliação da área física. Após discussões, a Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos emitiu no dia 07/11/2008, parecer favorável à suspensão da impressão dos laudos de exames de análises clínicas. Esta decisão foi apoiada pela administração do hospital, sendo determinado pela mesma que, a partir de 02/02/2009, os resultados de exames de análises clínicas não mais seriam impressos e anexados aos prontuários, devendo sempre que necessário ser consultados através do Sistema HCRP. Posteriormente, a mesma conduta foi adotada para os laudos de exames radiológicos e patológicos, amenizando a situação no SAM. É relevante salientar o grande impacto positivo desta medida do ponto de vista da economia de papel e preservação do meio ambiente.

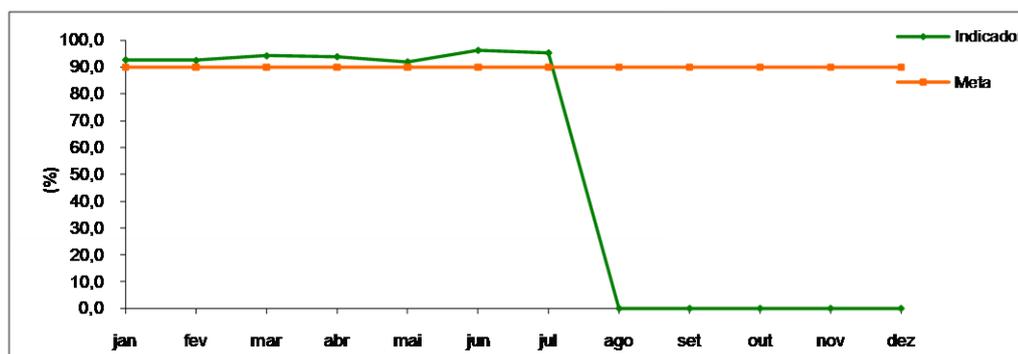
O encerramento da rotina de impressão de exames de análises clínicas permitiu a liberação de espaço físico e ocasionou um impacto positivo, do ponto de vista de economia de papel e preservação do meio ambiente, uma vez que no período fevereiro de 2009 a agosto de 2010, deixamos de imprimir aproximadamente **1.000.000 de folhas de papel** (com custo de R\$ 2,14/cento), que equivalem a uma média de 127 árvores ( 01 árvore = 7.500 folhas de papel) e proporcionou

uma economia para a Instituição de cerca de R\$ 20.000,00, além da redução nos gastos com recursos humanos necessários para arquivar esse documento no prontuário.

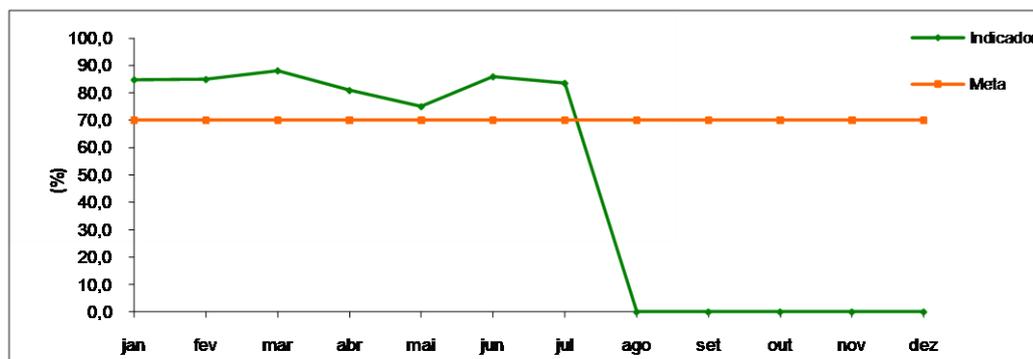
g) Programa Gestão à Vista

O SAM definiu indicadores (metas) de desempenho para o acompanhamento de suas atividades. A análise destas informações tem contribuído para o gerenciamento da área, otimizando seus processos de trabalho. As ações desenvolvidas para o cumprimento destas metas foram relevantes para o serviço. Entretanto, continuamos trabalhando junto à Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos(CAPO), no sentido de implementar novas ações que envolvam todos os profissionais da instituição. Os gráficos abaixo evidenciam estes indicadores:

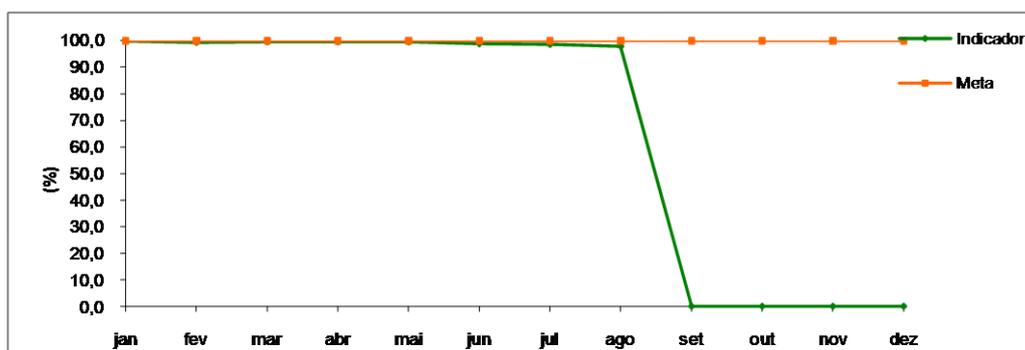
**Gráfico 6:** Percentual de atendimento das solicitações de Relatórios Médicos, no prazo de 30 dias.



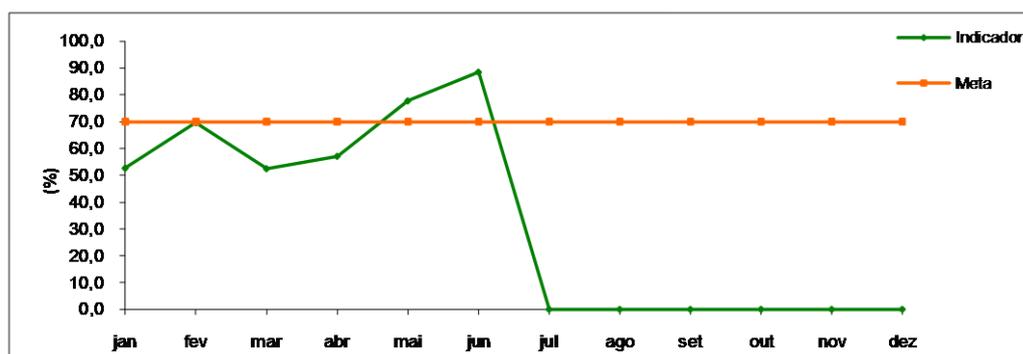
**Gráfico 7:** Percentual de prontuários devolvidos, após o envio de cobrança



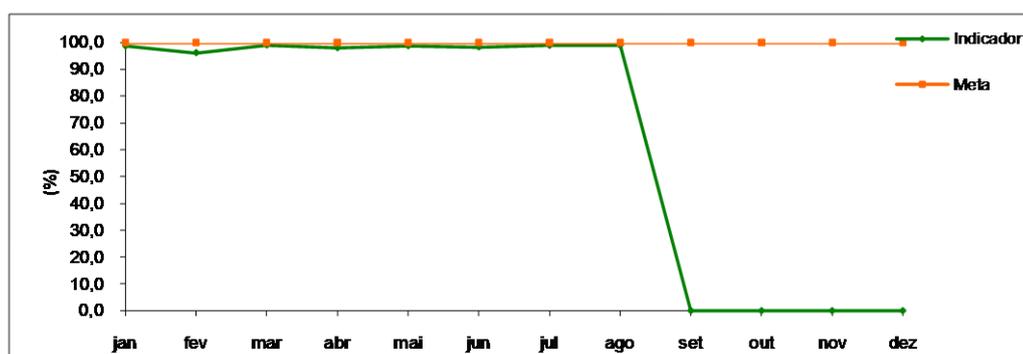
**Gráfico 8:** Percentual de prontuários devolvidos imediatamente após a utilização.



**Gráfico 9:** Percentual de Folhas de PA devolvidas, após o envio de cobrança.



**Gráfico 10:** de Folhas de PA devolvidas imediatamente após a utilização.



#### h) Registros de Nascimento no HC

Conforme Processo HCRP n.º 8872/2003, em cumprimento ao Ato Normativo consubstanciado no Provimento da Corregedoria Geral da Justiça n.º 03/2003, que determina o deslocamento diário de registrador civil às maternidades públicas e particulares, para recolhimento das Declarações de Nascido Vivo e providências quanto à viabilização do Registro de Nascimento das crianças, o 2º Cartório de Registro Civil de Ribeirão Preto, solicitou em 2003 a implantação desta medida no HC.

A rotina iniciou neste hospital, em 08/10/2003 e funcionou, em caráter de experiência, até 30/12/2003, quando foi solicitado pelo cartório a liberação de um espaço físico adequado e funcionários treinados para o desempenho do referido convênio. Como a solicitação do cartório não pôde ser atendida, a rotina deixou de ser executada.

Em 24/06/2009, o 2º Cartório de Registro Civil requereu a retomada deste serviço no HC e nesta oportunidade foi plenamente apoiado pela administração deste hospital, que reconheceu ser uma iniciativa em prol da cidadania e firmou o convênio definitivamente. Desde então, o serviço vem funcionando na enfermaria do 8º andar, onde atualmente a Certidão de Nascimento é emitida e entregue ao responsável pela criança, antes da alta.

#### i) Instalação de guichê de atendimento do Serviço de Comunicações junto à Sala de Relatórios Médicos

Para agilizar a rotina de fornecimento relatórios médicos, cópias de documentos do prontuário e outras solicitações dos pacientes, foi instalado junto à Sala de Relatórios Médicos, no ambulatório, um guichê de atendimento do Serviço de Comunicações, com o objetivo de facilitar o acesso dos pacientes, que anteriormente precisavam sair do ambulatório e se deslocar até uma área externa do hospital, para requerer seu relatório.

Esta medida trouxe benefícios para os pacientes e também para o serviço, entretanto deve ser considerado que houve a formação de fila de espera e que o local não é muito propício, pois é utilizado também por outros pacientes que aguardam atendimento médico.

j) Bloqueio de acesso ao Sistema HCRP dos médicos com pendências relacionados ao preenchimento de documentos obrigatórios do prontuário

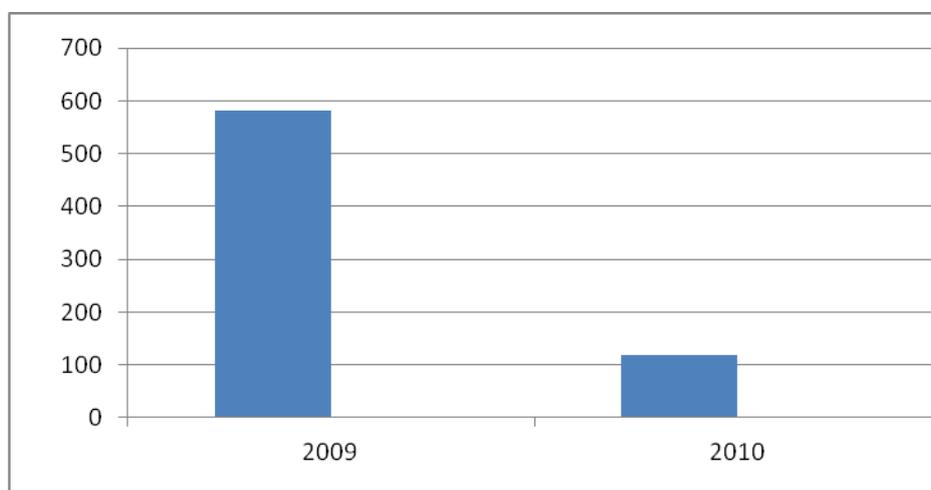
A Seção de Documentação Médica do SAM tem como uma de suas prerrogativas cuidar da boa qualidade dos prontuários dos pacientes deste Hospital e sempre encontrou dificuldades com alguns profissionais da saúde que não preenchem documentos obrigatórios, gerando riscos ao paciente, à instituição e ao próprio profissional.

Este assunto foi amplamente discutido junto à Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos (CAPO), sendo decidido em 2009 pelo bloqueio de acesso ao sistema HCRP dos profissionais que estejam em débito com essas obrigações.

A Seção de Documentação Médica detecta a irregularidade no momento da revisão do prontuário, após o atendimento do paciente e registra a ocorrência. O profissional é notificado, através do sistema, de que possui o prazo de 20 dias para regularizar a situação. Caso isso não ocorra, o sistema de acesso do profissional será bloqueado e somente liberado mediante a solução dos débitos.

Essa nova sistemática teve início em fevereiro de 2010 e tem alcançado ótimos resultados, pois, conforme demonstrativo abaixo, foi reduzida consideravelmente a lista de pendências relacionadas ao preenchimento dos prontuários deste hospital.

**Gráfico 11:** Fichas Cirúrgicas Não Realizadas por período. Pré (2009) e pós intervenção (2010) da CAPO.



#### k) Otimização do perfil nosológico dos pacientes

A Seção de Dados Médicos tem como atribuição executar a classificação nosológica, através do Código Internacional de Doenças (CID-10) e manter atualizado o arquivo de diagnósticos médicos constantes nos prontuários dos pacientes.

A análise formal e periódica do perfil nosológico do paciente, tem como objetivo informar as principais causas de internação, sendo inclusive um dos itens obrigatórios do Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

Em parceria com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social, a equipe de profissionais da referida seção participou de um treinamento, com a finalidade de melhor capacitá-los na codificação de diagnósticos constantes nas Folhas de Alta Hospitalar.

Para permitir a correta elaboração do perfil nosológico dos pacientes deste hospital, está sendo necessária a revisão da codificação de aproximadamente 35.000 Folhas de Alta Hospitalar referentes ao ano de 2009 e, para tanto, a Seção de Dados Médicos está realizando um mutirão de trabalho.

Todo este processo otimizou a classificação dos diagnósticos e está contribuindo para o enriquecimento do banco de dados deste hospital.

## Propostas para o Futuro:

- **Readequação do mobiliário da Sala de Pesquisas**

O mobiliário existente na Sala de Pesquisas da Seção de Arquivo Médico, é muito antigo e não permite um melhor aproveitamento do espaço, além de não oferecer as condições ergonômicas necessárias aos usuários. Com a implantação dos sistemas informatizados e o encerramento da impressão de resultados de exames, os profissionais que utilizam a referida sala necessitam de um número maior de microcomputadores, que já foram solicitados e precisam de um local apropriado para serem instalados.

- **Climatização do Arquivo Semiativo**

Apesar da reforma realizada no Arquivo Semiativo no ano 2005, devido ao crescimento excessivo na quantidade de estantes destinadas ao arquivamento de prontuários, a ventilação do local foi muito reduzida, tornando a permanência dos servidores naquele local extremamente desgastante. Por este motivo, estaremos pleiteando junto à administração a climatização da área ou, na impossibilidade, a instalação de um maior número de ventiladores.

- **Expansão da área física do SAM**

Tendo em vista não ser possível avaliar neste momento o tempo que será necessário para a implantação do “**Prontuário Eletrônico do Paciente**” neste hospital e a previsão de saturamento de armazenagem de prontuários no SAM para Dezembro de 2012, julgamos pertinente o início de novos estudos para a ampliação da área hoje existente.

### Serviço Social do HCRP → GGA – 6:

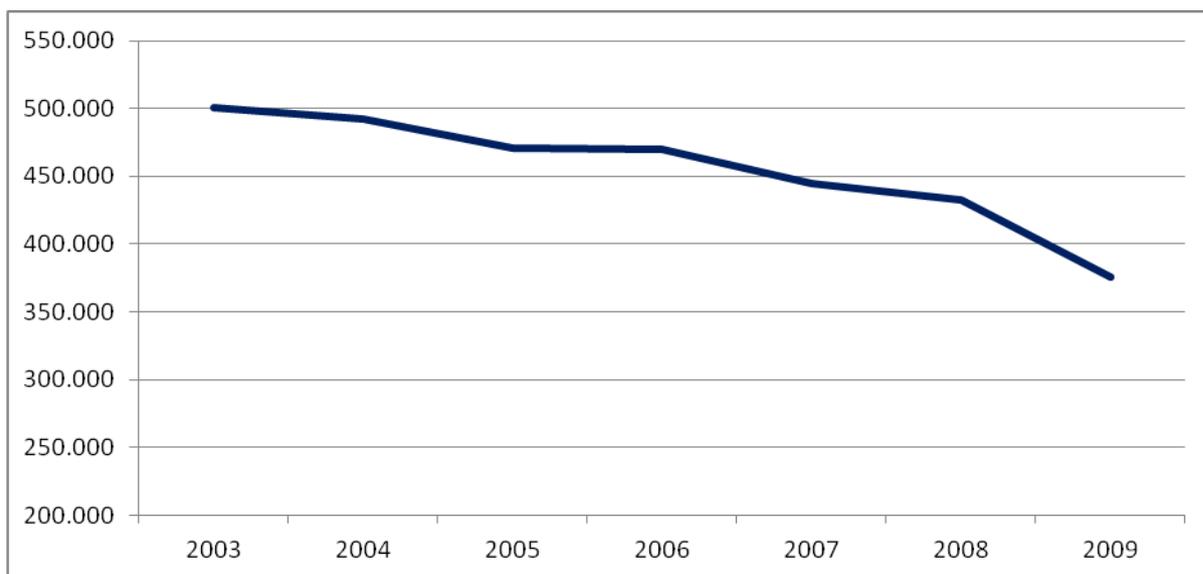
Em 2003 o Serviço Social do Hospital das Clínicas (HCRP) era subordinado ao Departamento de Apoio Técnico e desenvolvia suas atividades nos setores de Ambulatórios, Enfermarias, UETDI, Hospital Dia Psiquiátrico, Unidade de Apoio ao Paciente (UAP), e Centro Comunitário Médico Social da Vila Lobato. Contava com 47 funcionários, conforme observado na Tabela 10:

**Tabela 10:** Quadro de funcionários do Serviço Social

<b>Quadro de Funcionários do Serviço Social (2003)</b>	
Diretora	1
Chefias	4
Assistentes Sociais	26
Encarregado de Setor	1
Agentes Administrativos	6
Oficiais Administrativos	3
Serviços Gerais	6
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>

A partir de novembro de 2005 o Serviço Social ficou lotado junto à Gerência Geral do Ambulatório. Atualmente atende todos os Ambulatórios, Enfermarias, UETDI, Hospital Dia Psiquiátrico, Centro Médico Social da Vila Lobato e Instituto de Reabilitação Rede Lucy Montoro. Atualmente conta com 44 funcionárias em seu quadro, três a menos de sete anos atrás. Ao compararmos o quadro de funcionários, observamos que houve redução no número de funcionários do Serviço Social, sendo que os agentes administrativos foram designados para a função de oficial administrativo. Embora neste período tenham contratados mais cinco Assistentes Sociais para atuarem especificamente no Transplante de Medula Óssea, Transplante de Fígado, Instituto Rede Lucy Montoro e Nefrologia Infantil, as contratações não contemplaram a crescente demanda tanto na Enfermaria, quanto no Ambulatório.

**Gráfico 12:** Número de atendimentos Serviço Social HCRP\* (2003 a 2009)



\* *Atendimentos do Serviço Social no HC Campus e na UE.*

Os dados estatísticos do Serviço Social evidenciam alterações no número de atendimento ano a ano (gráfico Y) os quais estão relacionados à redução do quadro de funcionários, fechamento da Unidade de Apoio ao Paciente em 2007 e, principalmente, pela mudança no enfoque do trabalho.

O Serviço Social prima por desenvolver um trabalho qualitativo, enfatizando ações interdisciplinares e objetivando o princípio da atenção integral na prática cotidiana, superando o trabalho quantitativo, assistencial, espontâneo, onde podemos destacar:

- A inserção do Assistente Social em equipes multiprofissionais, atuando como facilitador entre usuários e profissionais frente às questões sociais e culturais que interferem diretamente no tratamento, demandando tempo para intervenção de acordo com a especificidade de cada caso;
- A mudança no enfoque do trabalho profissional com os usuários como sujeitos de direitos, realizando abordagem individual e grupal, tendo o objetivo de trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários e familiares;

- A realização de orientações (individuais e coletivas) aos pacientes com problemas sociais e complexidade dos casos terciários, que interferem no tratamento médico e na recuperação dos pacientes;
- O desenvolvimento de um trabalho com a rede social de apoio, objetivando a democratização de informações e acesso da população usuária, garantindo o acesso a direitos;
- A identificação da situação habitacional, trabalhista, previdenciária e familiar dos usuários, com vistas a construir o perfil sócioeconômico e possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- A criação de mecanismos e rotinas de ações que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários e a garantia de direitos na esfera de seguridade social;
- O trabalho com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos enquanto sujeitos no processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- A participação nas Comissões do HCRP e no Comitê de Ética em Pesquisa;
- A participação nos organismos de controle social - Coordenadoria do Idoso, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência.

#### a) Humanização Hospitalar

Dentre os projetos de Humanização Hospitalar e de Responsabilidade Social desenvolvidos pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP), o Serviço Social desenvolve e coordena várias ações visando a humanização do atendimento e oferecendo aos nossos clientes novas perspectivas para o tratamento médico.

#### b) Arte, Cultura e Lazer:

Várias festividades comemorativas que acontecem no HCRP regularmente estão sob a responsabilidade e coordenação do Serviço Social e têm como objetivo

minimizar o sofrimento e proporcionar momentos de alegria e descontração dentro do ambiente hospitalar. Dentre as atividades desenvolvidas podemos citar:

- Abertura das festividades natalinas, com a chegada do Papai Noel no dia 1º de dezembro de cada ano (Figura12)
- Comemoração do Dia Internacional da Mulher
- Comemoração do dia da Criança
- Festa Junina do HCRP, com doces e danças típicas
- Comemoração da Páscoa
- Dia do Paciente do HCRP, recém instituído em 2010
- Música nos Hospitais em parceria com a Associação Paulista de Medicina

**Figura 12:** Chegada do Papai Noel (2009)



**Figura 13:** Dia do paciente na entrada dos ambulatórios (2010).



c) Classe Hospitalar:

O Projeto é reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e oferece acompanhamento educacional para crianças e jovens internados de 06 à 14 anos que continuam recebendo conteúdos pedagógicos do planejamento escolar. O Hospital das Clínicas Campus possui 4 classes localizadas nas enfermarias de Cirurgia Pediátrica (9º andar) e de Pediatria (7º andar).

Em 2003 o Projeto participou do ciclo de premiação do Programa Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), e foi classificado entre os 20 trabalhos finalistas, considerado como experiência inovadora de Gestão Pública.

Em 2004 foi implantado o atendimento educacional individual aos pacientes acamados e em isolamento, e o Projeto recebeu convite para participar da Premiação Internacional em Dubai, tendo sido intitulado como boa prática pelo Programa das Nações Unidas para assentamentos humanos, denominado “UN-HABITAT”.

Em 2006 foi implantado o Projeto da Classe Hospitalar na Unidade de Emergência. De 2003 a 2010 foram atendidos um total de 7.365 crianças e adolescentes hospitalizadas no HC Campus.

d) Biblioteca Viva:

Este projeto conta com a participação de uma equipe multidisciplinar, na enfermaria de Pediatria, com o propósito de criar um espaço de interação da criança e família com o meio hospitalar. Contamos com a participação de voluntários que são formados mediadores de leitura proporcionando descontração no ambiente hospitalar. A biblioteca possui um acervo de 800 livros infanto juvenil.

De 2003 a 2010 foram realizadas 22 capacitações, com aproximadamente 480 voluntários.

e) Reinserção Escolar:

Este programa tem como objetivo preparar o corpo docente e colegas de escolas da criança com câncer para o processo de reinserção escolar. É um trabalho informativo sobre o câncer infantil que é realizado na escola em que a criança estuda; tem como finalidade esclarecer aspectos da doença que não são conhecidos pela população em geral (não é contagioso, necessidades do uso de máscara, eventuais dificuldades sensoriais e de locomoção, etc.) e facilitar a reinserção escolar tornando a escola um ambiente mais acolhedor, evitando sequelas psicossociais.

De 2003 a 2010 o Projeto visitou uma média de 126 escolas e atendeu aproximadamente 49.000 alunos.

f) Jornal Salada de Frutas:

Este projeto conta com a participação de uma equipe multidisciplinar na enfermaria de Pediatria, com o propósito de criar um espaço de interação da criança e família com o meio hospitalar. Nestas oficinas os desenhos de cenas, equipamentos e materiais hospitalares, histórias, jogos e brincadeiras retratam a realidade vivenciada pela criança no ambiente hospitalar e faz parte de uma publicação trimestral.

De 2003 a 2010 foram lançadas 9 edições, com a tiragem de 1.000 exemplares que são distribuídos em vários setores do HC e entre os pacientes e familiares.

g) Laborterapia a Servidores:

Proporcionar ao funcionário atividades de lazer para alívio das tensões e stress do trabalho, aproveitando o tempo do horário de almoço do funcionário para oferecer cursos de trabalhos manuais e dança de salão.

De 2003 a 2010 foram realizados cursos de Bordado com a participação de aproximadamente 267 funcionários. De 2008 a 2010 foram realizados 50 aulas de dança de salão e contou com aproximadamente 450 participantes.

h) Voluntariado

O HCRP desenvolve uma parceria valiosa com o corpo de voluntários que contribui de forma silenciosa e abnegada para o bem estar coletivo. Os benefícios pelo apoio psicológico e afetivo que dispensam aos pacientes são de fundamental importância para o processo de humanização do Hospital. Esta interação estimulou a criação do Centro do Voluntariado e o Serviço Social passou a coordenar todo o trabalho voluntário realizado na Instituição, oferecendo cursos de capacitação aos voluntários e direcionando doações aplicadas nos programas desenvolvidos.

De 2003 a 2010 (1º sem) contou com aproximadamente 885 voluntários distribuídos em diversos grupos coordenados pelo Serviço Social, dentre eles podemos citar:

- Liga de Assistência aos Pacientes (LAP): Tem como objetivo a prestação de auxílio financeiro e material aos pacientes de baixo nível sócioeconômico atendidos no HCRP. De 2003 a 2010 a LAP atendeu aproximadamente 5966 pacientes com fornecimento de medicações; Forneceu 4.680 latas de leite; 45.500 vales transportes; e 94 órteses.
- Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC): De 2003 a 2010 foram atendidos aproximadamente 3.180 crianças e 3.180 familiares
- Grupo de Apoio ao Transplantado de Medula Óssea (GATMO): De 2003 a 2010 foram atendidos aproximadamente 245 pacientes e 245 acompanhantes na Casa do GATMO.

i) Revista Qualidade HC

Em 2009 o Serviço Social publicou um artigo na Revista Qualidade HC “Relatos de experiências prática em gestão hospitalar do HCRP”, sendo o trabalho selecionado como destaque e para exposição oral.

O título do trabalho foi: Paciente – Cidadão: ações para garantir o acesso a direitos.

Mediante a problemática de transporte trazida pelos pacientes procedentes de 49 municípios, que eram deixados na portaria do ambulatório do HC e sem perspectivas de retorno para suas casas, o Serviço Social iniciou um trabalho incisivo junto aos municípios, baseado no Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, conforme portaria n.º 55/99 do Ministério da saúde. A partir de 2005 foram implementadas novas estratégias junto aos Gestores Municipais, motoristas e pacientes na tentativa de solucionar a questão:

- Os pacientes foram orientados sobre o direito ao TFD, pelas Assistentes Sociais;
- Foram realizadas reuniões com os motoristas de ônibus e ambulâncias orientando sobre os direitos do paciente e responsabilidade dos municípios;
- Os motoristas foram orientados e treinados a utilizarem o terminal de computador, existente na portaria, para verificar se o paciente está em consulta ou se já foi liberado;
- Foram realizados vários contatos, telefônicos, ofícios, e-mails, com os Secretários de Saúde, DRS XIII, Sul de Minas e outras DRS do Estado de São Paulo, explicando sobre a responsabilidade e deveres do município em relação à garantia dos direitos básicos dos cidadãos, principalmente o de ir e vir ao Hospital.

j) Programa Gestão à Vista Indicadores (2009)

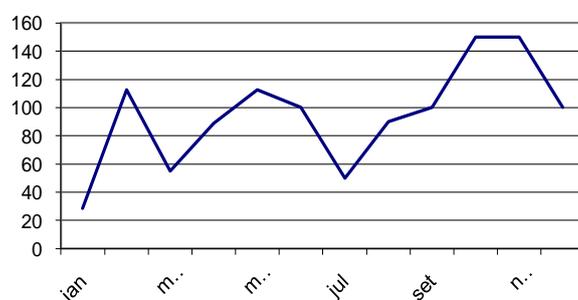
O Serviço Social em seu primeiro atendimento ao paciente elabora o Caso Novo Social que muitas vezes não está em consonância com o Caso Novo Médico. O paciente pode ser atendido pelo Serviço Social antes que o médico faça o Caso

Novo. As propostas de indicadores do ano de 2009, basearam-se no número de casos novos do Serviço Social tendo como denominador o caso novo médico.

- Onco Pediatria:

O objetivo do indicador era conhecer a abrangência do Serviço Social nos casos novos. Ocorre que os pacientes da onco pediatria são atendidos primeiramente pela Assistente Social, que muitas vezes já o acolhe na Casa de Apoio, e posteriormente a criança é atendida pela equipe médica.

**Gráfico 13:** Percentual de atendimento social dos casos novos da Onco pediatria



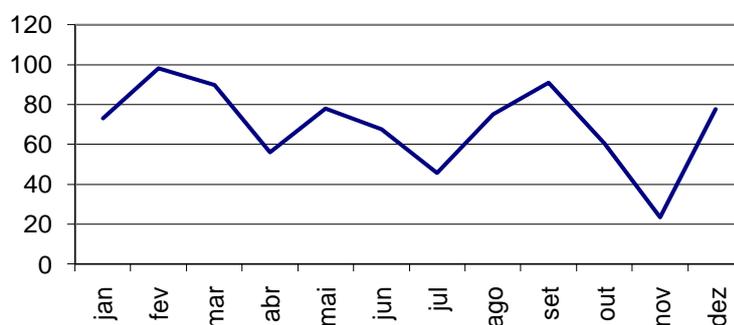
O gráfico do indicador da onco pediatria mostra que o Serviço Social atende mais que 100% em vários meses e quando a funcionária está de férias o atendimento diminui pela metade pois o atendimento é feito em regime de plantão e os casos novos são feitos posteriormente pela profissional da área.

- Radioterapia:

O objetivo do indicador era conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social na orientação específica dos pacientes na primeira consulta de planejamento de Radioterapia. O Serviço Social conseguiu orientar todos os pacientes, porém nem sempre foi possível fazer as orientações no primeiro dia da consulta do paciente, muitas vezes por impossibilidade do próprio paciente não poder aguardar o atendimento.

Porém em 8 meses foi possível proceder a orientação no 1º dia em 70% dos pacientes.

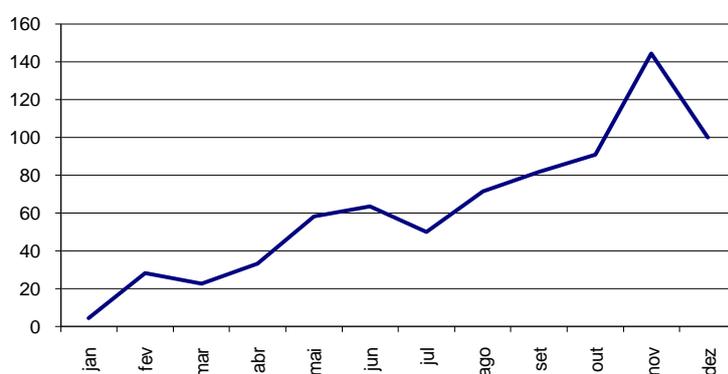
**Gráfico 14:** Percentual de atendimento social na Radioterapia, ano 2009



o Neuro Comportamental (Alzheimer):

A meta era conhecer a abrangência do Serviço Social nos casos novos de Alzheimer e elaboração do caso novo social. Nos 4 primeiros meses do ano, só foi possível o atendimento de 30%, porém, com o encaminhamento dos pacientes ao Serviço Social pelos médicos antes ou depois da consulta, constatamos o crescimento mês a mês até atingir 90% em outubro e 100% em novembro.

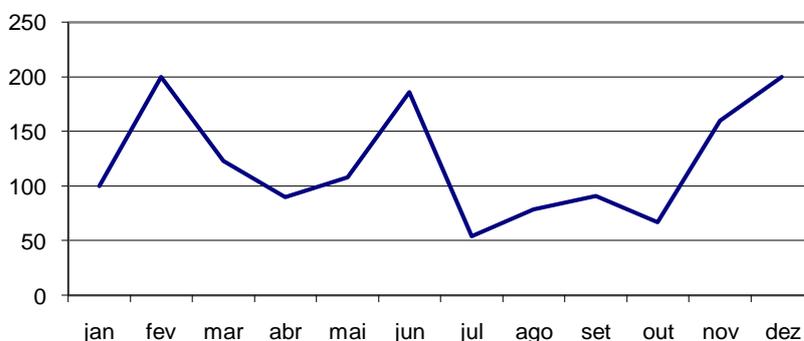
**Gráfico 15:** Percentual de atendimento do Serviço social no ANCP, ano 2009



- UETDI

A meta era conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social nos casos novos de pacientes com sorologia positiva para o HIV. Todos os pacientes foram atendidos pelo Serviço Social e foram elaborados casos novos sociais. Em alguns meses o atendimento do Serviço Social ultrapassa 100% pois o caso novo social foi feito antes do caso novo médico.

**Gráfico 16:** Percentual de atendimento social dos casos novos da UETDI

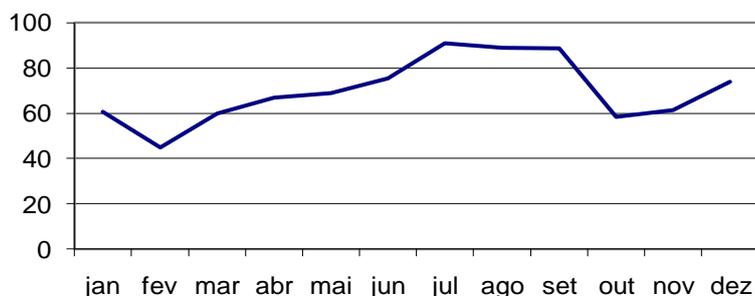


- Enfermarias:

A meta era proceder o atendimento social do paciente e família sempre que houvesse uma internação. Os números mostram uma abrangência do Serviço Social em mais de 70% dos casos internados, porém, não nos parece um número real pois o atendimento social difere do atendimento médico. Muitas vezes o Assistente Social entrevista outros membros da família de um paciente internado, e cada um é computado como um atendimento social.

Assim sendo, um paciente no leito, quando um ou mais familiares são atendidos, pode ser contado para o profissional de Serviço Social como 2 ou mais atendimentos.

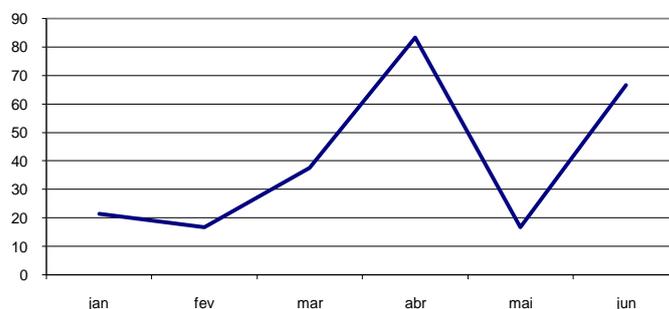
**Gráfico 17:** Percentual de pacientes internados atendidos no Serviço Social (2009)



o AMIGO

A meta é conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social no ambulatório de Moléstias Infecciosas da G.O. Os números mostram que nos meses de janeiro e fevereiro só foi possível o atendimento de 19% dos casos novos sociais, porém, com o encaminhamento dos pacientes ao Serviço Social pela equipe de interface, antes ou depois da consulta, constatamos o crescimento dos casos novos atingindo 80% em abril e 67% em junho.

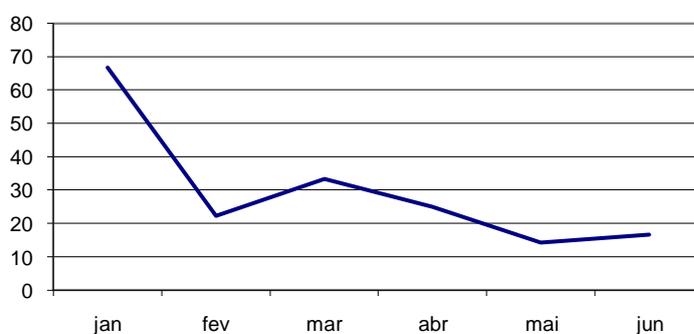
**Gráfico 18:** Percentual de atendimento social dos casos novos do AMIGO



- Hanseníase

A meta é conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social no ambulatório de Hanseníase. Os números evidenciam que o atendimento do caso novo social não está em consonância com o caso novo médico, pois a nossa meta é atender os casos diagnosticados com Hanseníase ao iniciar o uso da poliquimioterapia, o que muitas vezes não ocorre no primeiro atendimento médico.

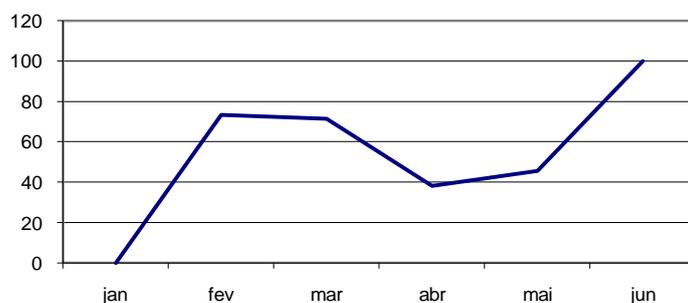
**Gráfico 19:** Percentual de atendimento social dos casos novos de Hanseníase



- Neuro Extrapiramidal

A meta é conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social no ambulatório de Neuro Extrapiramidal. No período em que a Assistente Social estava de férias não foi realizado caso novo social, pois nesse período o atendimento foi realizado em regime de plantão. Nos meses de fevereiro e março o atendimento médio atingiu 72% dos casos, porém em abril só foi possível realizar 38% do atendimento devido a participação da profissional no Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, porém, constatamos crescimento nos meses subsequentes até atingir 100% em junho.

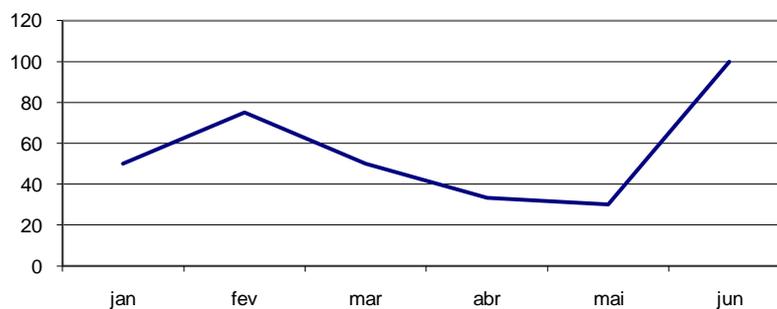
**Gráfico 20:** Percentual de atendimento social aos casos novos de neuro extrapiramidal



○ Cirurgia Bariátrica

A meta é conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social no ambulatório de Cirurgia Bariátrica. Os números mostram que nos três primeiros meses a média do atendimento ficou em 58% dos casos, nos meses posteriores manteve 31%, porém, com o encaminhamento dos casos pelas áreas de interface o atendimento atingiu 100% em junho .

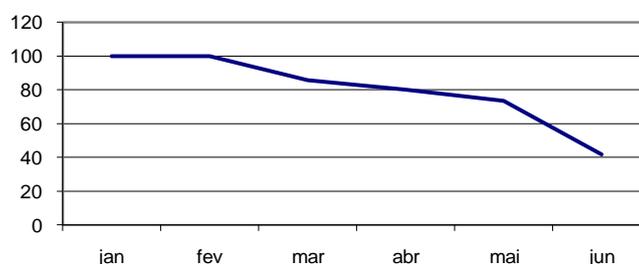
**Gráfico 21:** Percentual de casos novos do ambulatório de Cirurgia Bariátrica



- Ortopedia Oncológica

A meta é conhecer a abrangência do atendimento do Serviço Social e elaboração do caso novo social no ambulatório de Ortopedia oncologia. Os números evidenciam que o atendimento do caso novo social não está em consonância com o caso novo médico, pois a nossa meta é atender todos casos diagnosticados de oncologia. Nos dois primeiros meses o atendimento atingiu 100% dos casos, nos meses subsequentes 79%, e no último mês 41.7%.

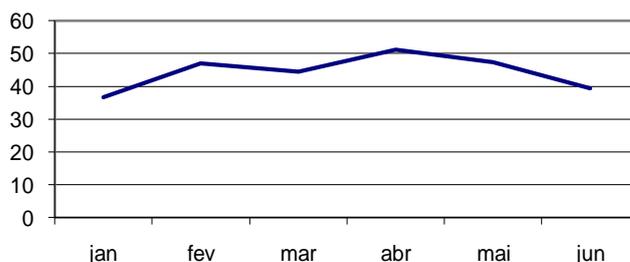
**Gráfico 22:** Percentual de atendimento social aos casos novos de ORT-Oncologia



- Obstetrícia

A meta é aumentar o acolhimento às pacientes internadas na enfermaria de Obstetrícia. Com apenas uma profissional para atender as áreas de abrangência da Enfermaria de Ginecologia, Obstetrícia, Berçário e Centro Obstétrico, o percentual de 44% dos casos evidencia que atualmente o Serviço Social somente consegue atender às paciente de maior urgência e em situação de vulnerabilidade e risco social.

**Gráfico 23:** Percentual de atendimento social dos casos novos na Obstetrícia



A seguir apresentamos um resumo dos atendimentos do serviço social detalhando a atividade, de 2003 a 2009 (Tabela 10 e 11).

**Tabela 11:** Detalhamento dos Atendimentos individuais Serviço Social (2003 a 2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrevistas	85582	76141	73104	71275	63046	58223	53907
Visitas domiciliares	204	111	133	114	87	97	214
Casos discutidos	39673	36246	34715	33965	32379	35030	34613
Orientações	91989	83515	83860	81066	74806	68603	64752
Encaminhamentos	3566	3886	2783	2796	2367	2526	2513
Mob. de recursos	17815	16445	13636	13714	12524	12823	12631
Altas	3173	2650	2305	2134	2349	1290	1112
Loc.Conv.Pac/Fam.	4669	4413	4886	4855	5465	5169	4764
Transferência de Pacientes	328	138	104	433	247	492	207
Relatórios	30195	27781	26804	26768	23449	22981	20998
Aviar medicamentos	5189	4659	809	552	607	499	453
Fornecer medicação	3563	3454	3655	3069	2664	2701	2949
Fornecimento de alimentação	1824	1584	1638	1152	1169	1071	1050
Auxílio Locomoção	7567	6719	7346	9837	10161	9001	7259
Outros Auxílios	8940	8856	6105	4253	3171	3141	2716
<b>TOTAL</b>	<b>304.277</b>	<b>276.598</b>	<b>261883</b>	<b>255.983</b>	<b>234.491</b>	<b>223.647</b>	<b>210.138</b>

**Tabela 12:** Detalhamento dos Atendimentos em Grupo Serviço Social (2003 a 2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo Multiprofissional	544	543	535	525	625	698	736
Grupo de Família	118	97	95	100	114	142	108
Grupo de pacientes e familiares	623	437	579	286	186	133	212
Atividades recreativas	16	14	19	20	14	27	31
Grupo profissionalizante	45	38	39	41	43	64	67
Grupo de família nuclear	82	163	96	156	129	114	158
Grupo de mães	3	10	23	5	33	13	4
Projeto Arte, Cultura e Lazer	0	0	0	1	0	7	1
Grupo de Estudo	13	20	18	17	35	58	74
Grupo de pacientes	123	120	123	86	141	145	131
Grupo de voluntários	58	61	34	39	16	13	24
<b>TOTAL</b>	<b>1625</b>	<b>1503</b>	<b>1561</b>	<b>1276</b>	<b>1336</b>	<b>1414</b>	<b>1546</b>

Finalmente apresentamos o trabalho de educação permanente que é coordenado pelo serviço social do HCRP que tem como público alvo a própria equipe que trabalha no hospital e também o público externo. Foram cursos, treinamentos, capacitações e eventos científicos que foram oferecidos sob a coordenação ou apoio do serviço social do HCRP (Tabelas 12 e 13)

**Tabela 13:** Centro de Estudos de Serviço Social em Saúde. Cursos Realizados (2005 a 2010)

<b>ANO</b>	<b>CURSO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
<b>2005</b>	- Curso de Difusão: Violência, família e sociedade	40
	- Curso de Metodologia Científica (publico interno)	35
<b>2006</b>	- Curso de Educação Continuada: Atualização em Serviço Social	32
<b>2008</b>	- Curso de Educação Continuada: Morte, por que é tão difícil falar da única certeza	50
	- Curso: Família: novos desafios frente aos modelos atuais	139
	- Palestra: O Serviço Social e seus dados: como quantificar, avaliar e relatar	35
<b>2010</b>	- I Simpósio de Serviço Social do HCFMRP-USP: “Violência Doméstica: da complexidade à banalização”	nov/10
	- Curso: Teoria e prática grupal numa perspectiva construcionalista social (publico interno, em andamento)	20
<b>TOTAL</b>		<b>351</b>

**Tabela 14:** Centro de Estudos de Serviço Social em Saúde. Organização de Evento em Parceria com USP, UNESP e UNICAMP

<b>Ano</b>	<b>Evento</b>	<b>LOCAL</b>
<b>2006</b>	Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde	Ribeirão Preto
<b>2008</b>	Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde	Campinas
<b>2010</b>	Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde	São Paulo

## **Perspectivas Futuras**

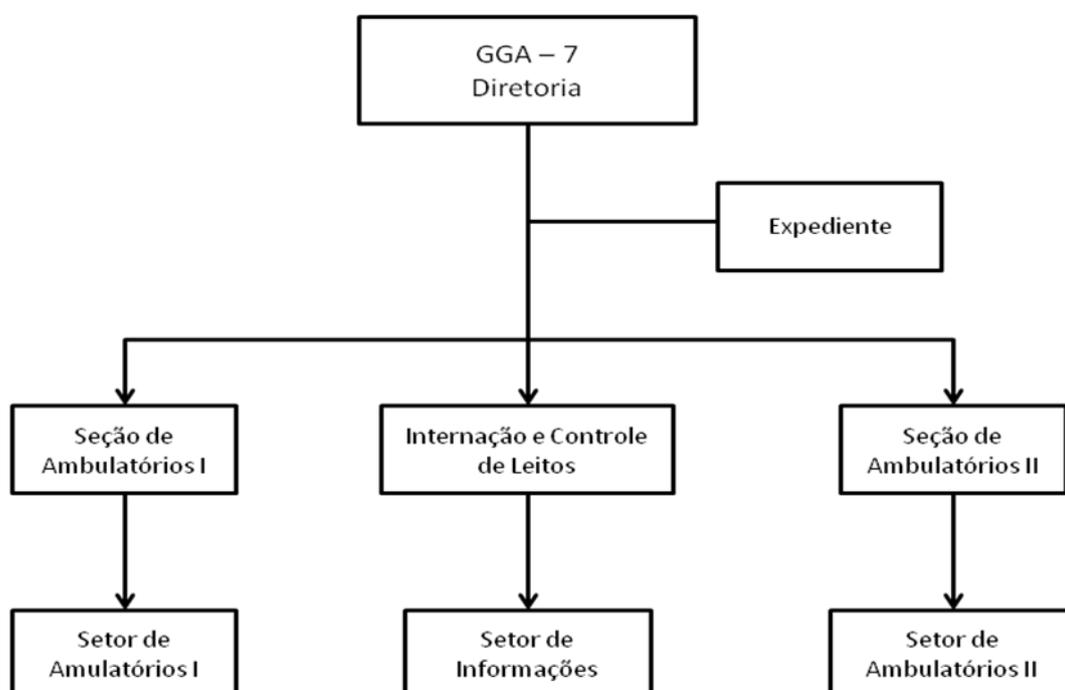
- Implementar o projeto éticopolítico do Serviço Social do Hospital das Clínicas em consonância com as legislações (Sistema Único de Assistência Social, Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde e demais normas regulamentadas pelo Conselho Federal e Regional de Serviço Social);
- Ampliar o quadro de Assistentes Sociais, conforme vagas solicitadas pelos Departamentos, criadas pela Secretaria Estadual de Saúde e não liberadas até o momento;
- Criar espaços adequados para a atuação do Assistente Social, resguardando a privacidade, sigilo e dignidade do usuário;
- Desenvolver ações para que as áreas de interface da instituição tenham conhecimento das atribuições do profissional de Serviço Social;

## Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação → GGA 7

Criado em 1979 pelo Decreto n.º 13297, com o nome de “Serviço de Internação, Controle de Leitos e Pacientes”; até o ano de 2005 foi subordinado ao DAT – Departamento de Apoio Técnico do HCFMRP-USP. Composto por um órgão administrativo com Direção e apoio de um Setor de Expediente; e um órgão operacional com três Seções, possuía em seu quadro funcional 56 servidores. Atualmente o Serviço conta com um quadro funcional de 60 colaboradores no processo de atendimento ambulatorial e internação frente à política de planejamento da Instituição dentro do SUS.

Em novembro de 2005, o Serviço passou a ser subordinado à Gerência Geral do Ambulatório, instituída pela Portaria HCRP n.º 200/2005. Com a nova dinâmica de gestão, em dezembro/2005, a nomenclatura foi alterada para Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação, mas o organograma foi mantido (Figura 14).

**Figura 14:** Organograma do Serviço de Atendimento Ambulatorial e Internação(GGA – 7)



A Seção de Ambulatório I, é responsável pelo atendimento dos balcões de Ginecologia e Otorrino, Oftalmologia, Neurologia e Pediatria; enquanto a Seção de Ambulatório II responde pelo atendimento dos balcões de Clínica Médica, Cirurgia, Ortopedia e Radiologia. O Serviço presta assessoria às áreas que utilizam o sistema de agendamento de consultas (Instituto de Reabilitação Lucy Montoro, Seção de Fonoaudiologia, Seção de Pneumologia, Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo e outros).

Até maio de 2006, o processamento das consultas ambulatoriais e das internações eram realizadas através do Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH), gerido pela PRODESP – Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo.

Nesse período teve início a implantação do Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SIIH) que, desenvolvido e gerenciado pelo CIA – Centro de Informação e Análises veio de encontro às necessidades frente à nova sistemática, dinamizando os trabalhos desenvolvidos pelo Serviço. Em 2007, a implantação da solicitação eletrônica de prontuários para o atendimento ambulatorial e para a internação, tornou o processo mais ágil, eliminando papéis e reduzindo o tempo gasto em telefonemas para a solicitação dos prontuários.

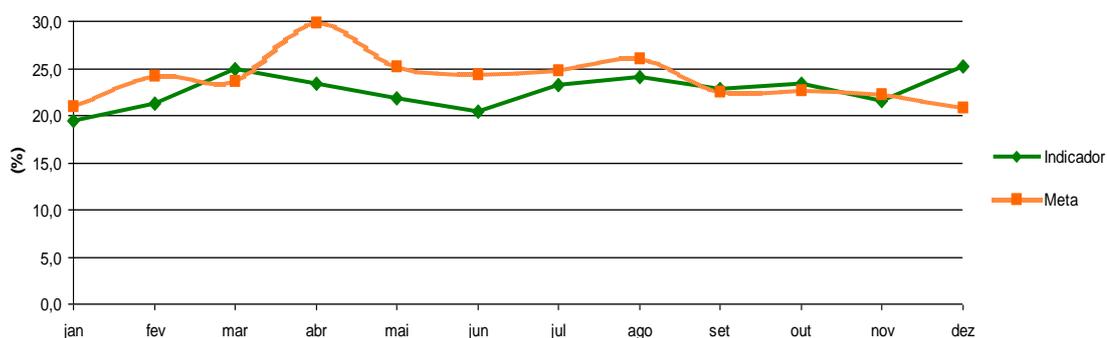
O programa de atendimento ambulatorial que, em 2003 contava com 238 especialidades clínicas, sendo que 83 dessas especialidades disponibilizavam vagas de consultas de primeira vez para a rede; atualmente possui 311 ambulatórios especializados e integrados ao processo de humanização do atendimento, focado no benefício do paciente, sendo que 142 ambulatórios disponibilizam vagas para a rede.

As estatísticas mostram crescimento no número de atendimentos ambulatoriais (Gráfico 1; Tabelas 1 a 4).

Com a consolidação da prática da utilização de indicadores na Instituição para melhorar os processos de trabalho; este Serviço, em 2009, optou por mensurar pacientes encaminhados ao HCFMRP-USP para consultas de primeira vez, que não foram devidamente agendados pelos DRS – Departamentos Regionais de Saúde, objetivando reduzir o impacto no atendimento não programado na rotina do Serviço; para tanto adotou como indicador “**Consultas de Primeira Vez Nominais**”.

A meta proposta foi a redução de 10% dos agendamentos nominais por mês, comparando com o mesmo período do ano anterior. Levando em consideração os dados coletados e o cumprimento da meta proposta, concluímos a necessidade de manter esse indicador em 2010 e intensificar o trabalho junto às áreas de interface para potencializar a redução desse número (Gráfico 31).

**Gráfico 24:** Indicador Consultas de Primeira Vez Nominais – 2009



Até 2006 no balcão da Clínica Médica, os pacientes eram encaminhados ao balcão de atendimento pela portaria, aguardavam em fila demorada para que fosse registrada sua presença e separado seu prontuário, em seguida eram encaminhados para a equipe de enfermagem que pesava e orientava aguardar atendimento médico. Essa rotina trazia transtornos à Seção e aos pacientes que reclamavam da demora. Visando melhoria na qualidade do atendimento, foi implantada uma nova rotina, na qual os pacientes são encaminhados pela portaria para uma fila, onde são atendidos pela equipe de enfermagem, que verifica os dados antropométricos dos pacientes e os orienta a aguardar diante das respectivas salas de atendimento, num processo mais rápido, com maior agilidade, reduzindo o tempo de espera na fila.

Até o ano de 2008, o HC Campus era referência em oftalmologia de Ribeirão Preto e Região. Diante da grande demanda houve a necessidade de reestruturação do Serviço buscando melhorar fluxo de pacientes; para tanto as urgências em oftalmologia foram transferidas para a Unidade de Emergência que dispões de local adequado e melhor estruturado para o atendimento.

Quanto às consultas de primeira vez, passaram a ser realizadas pelo Hospital Estadual que encaminha para o HC Campus os pacientes de alta complexidade através do DRS.

Com as mudanças, houve adequação das rotinas priorizando o atendimento em alta complexidade.

Dando continuidade ao processo de melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes, foram construídos os balcão 11 e 12 , responsáveis pelo agendamento de exames de Ressonância Magnética e Radioterapia, antes realizados pelo balcão 10. Em 2009, foi feita a implantação do pedido eletrônico para exame de mamografia, desde o agendamento pelo médico até a realização dos exames pelos técnicos do serviço de Radiologia, assim, validando todo o sistema desenvolvido.

Em 2010 foi feita a implantação no Campus, sendo que em junho deste ano o exame ainda não era obrigatório e a partir de julho tornou-se obrigatório e o agendamento feito pelo médico a partir do consultório, tendo então o paciente o exame agendado ali, durante a consulta não necessitando, portanto dirigir-se até o balcão, exceto para os exames de Ultrassom e Ressonância Magnética que, devido a alta demanda, tem o agendamento realizado ainda pelo balcão. Nestes exames, o sistema informa ao médico que o exame somente estará agendado após a passagem do paciente pelos balcões 10 ou 11.

O pedido de exame é feito pelo médico de qualquer computador conectado à rede do HCFMRP/USP utilizando o sistema ATHOS e obtendo assim a data da realização do exame.

O balcão, depois da implantação do sistema de agendamento de exames do serviço de Radiologia, teve sua rotina modificada. Ao invés de utilizar seu tempo praticamente todo no agendamento, hoje trabalha na solução de problemas como encaixes de exames de urgência e reagendamentos, além de registrar a presença do paciente e orientar o local que deve aguardar o atendimento. Essa mudança permitiu que o balcão 10 assumisse o agendamento de consultas das especialidades oncológicas alocadas nos diversos balcões de atendimento e concentradas no corredor 9.

Focando o processo de humanização alinhado ao Planejamento Estratégico, foi desenvolvido uma ferramenta que tem como objetivo a redução das filas de

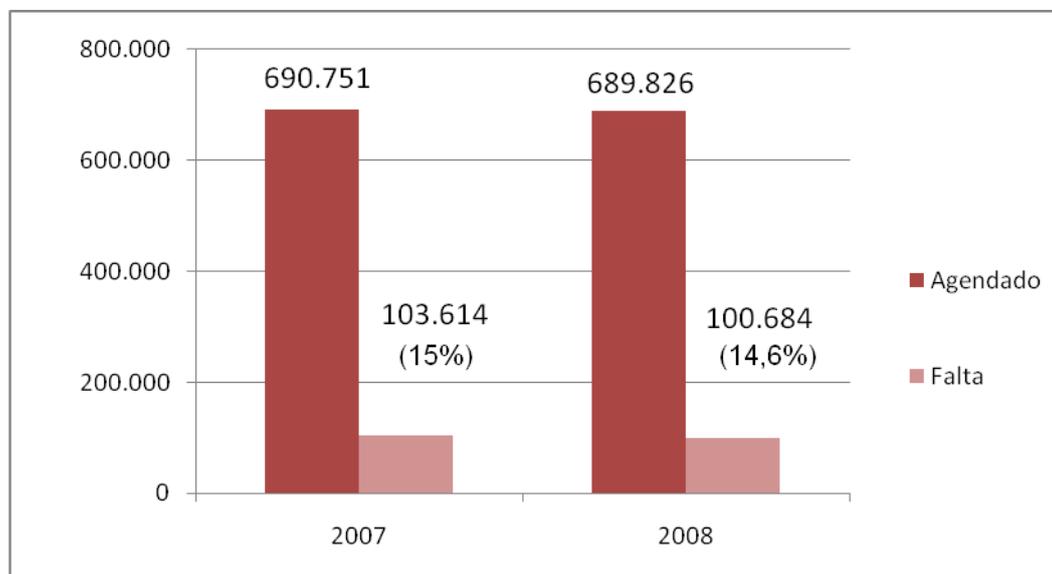
espera nos balcões. Inicialmente testada no balcão da Cirurgia pela especialidade de Vascular e Urologia. Essa ferramenta permite ao porteiro na recepção do paciente identificar a consulta agendada, orientando o mesmo a aguardar em frente a sala onde receberá o atendimento médico.

No Balcão é gerado *check-in* de presença, que registra nome, número do registro, hora de entrada e condição física do paciente; além de ser utilizado para a disponibilização dos prontuários para a equipe de enfermagem. Este sistema minimizou os problemas com filas, agilizou as rotinas dos profissionais tanto do Balcão e Enfermagem quanto para o paciente, tornando o trabalho mais organizado.

Os Sistemas de Informação internos do HCFMRP-USP, foram aprimorados e convergiram para Sistema de Apoio a Atenção Hospitalar/Ambulatorial (ATHOS) de uso médico, que além de várias funcionalidades, gera pedidos de exames radiológicos, laboratoriais e emissão de documentos no consultório. Outro benefício do sistema foi dispensar a impressão de APAC – Autorização de Procedimento de Alto Custo, diminuindo o custo com papéis e equipamento. Outra ferramenta desenvolvida dentro desse sistema é o AEP – Atendimento Eletrônico do Paciente, que permite ao médico atender o paciente por ordem de chegada conforme Check-in de presença na portaria, com todas as funcionalidades disponíveis no Sistema, gerenciando as agendas e permitindo o agendamento da consulta do paciente pelo médico, eliminando gradativamente, a necessidade do paciente passar pelos balcões de atendimento. Esse sistema já está em funcionamento na Urologia e nas especialidades da Oncologia do Balcão 10.

No anos 2007 e 2008 foram agendados mais de 1.380.627 atendimentos, sendo que destes, 204.298 não foram realizados devido ao não comparecimento dos pacientes, apesar da instituição ter mobilizado recursos materiais e humanos para efetivá-los. Os dados levantados neste período demonstram que em média 15% dos pacientes agendados faltam ao atendimento ambulatorial no HCFMRP-USP (Gráfico 32).

**Gráfico 25:** Faltas em Consultas Agendadas e Procedimentos Ambulatoriais nos anos de 2007 e 2008.



Além de deixar de oferecer atendimento ao paciente previamente agendado, esse número de faltas traz prejuízo ao hospital na medida em que todas as rotinas hospitalares pré-estabelecidas, tais como (prontuários, vagas, materiais cirúrgicos) e as estruturas físicas e de recursos humanos estão disponíveis diariamente para atender a demanda. Nos ambulatórios em que a demanda é maior que a oferta de vagas, a consequência é ainda pior, já que cerca de 15% das vagas são simplesmente perdidas quando o paciente agendado não comparece.

Até meados de 2009, quando um paciente faltava em uma consulta ou exame agendado existia uma determinação para que o usuário viesse pessoalmente para remarcar. Essa situação gerava um desconforto ao paciente e excesso de pessoas circulando nos ambulatórios, sem necessidade. Quando questionamos o porquê desta conduta, ouvimos de vários funcionários que a justificativa desta rotina era para coibir o usuário de faltar, já que a falta implicaria em um trabalho extra de vir ao hospital para poder continuar seu tratamento.

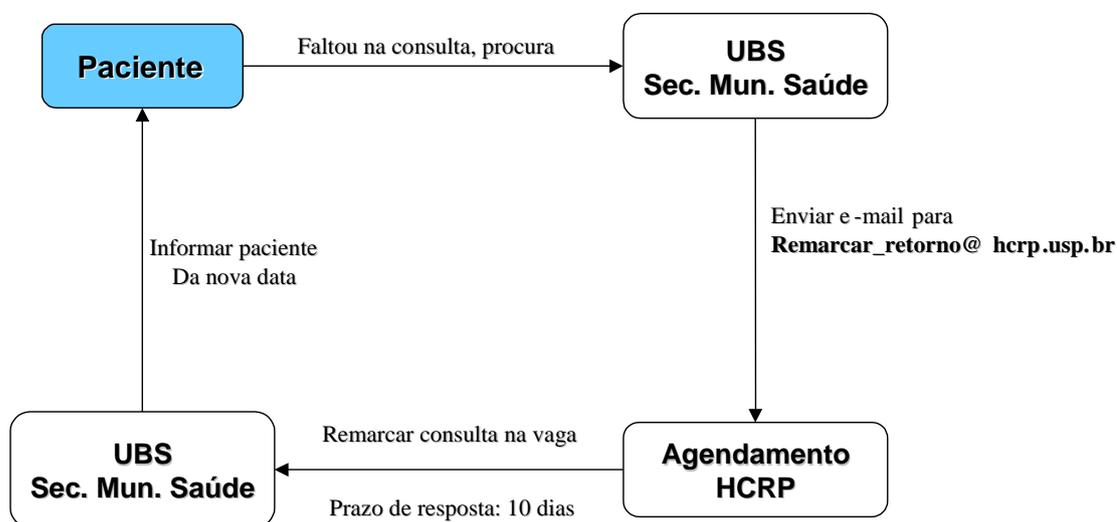
Diante deste quadro, entendemos que a pretexto de garantir a presença do cliente na consulta, não podemos impor-lhe condições restritivas que trarão sobrecarga

ao paciente e também à estrutura do hospital que deve atender além da demanda regular, mais um contingente de pessoas que precisam se apresentar na portaria, balcões e ambulatórios para remarcar uma consulta perdida.

Objetivando humanizar a relação com o cliente que porventura não possa comparecer na data prevista para seu atendimento; reduzir o fluxo de pessoas que entram no ambulatório para remarcar consultas e dispor de alternativas para manter contato com cliente, por exemplo, quando consultas precisarem ser desmarcadas; foi implantada em agosto/2009, a rotina para a remarcação de consultas via e-mail ([remarcacao\\_retorno@hcrp.usp.br](mailto:remarcacao_retorno@hcrp.usp.br)).

Quando o paciente perder a consulta, ele procura a Unidade de Saúde mais próxima de seu domicílio e esta envia uma mensagem eletrônica (*e-mail*) para o setor de agendamento da Gerencia Geral do Ambulatório e este faz a remarcação da consulta, devolvendo ao município uma mensagem com a nova data. O município é encarregado de avisar o paciente, que também pode receber cópia da mensagem, caso tenha e-mail, conforme pode ser observado na Figura 14.

**Figura 15:** Fluxo de remarcação online de consultas e exames no HCRP

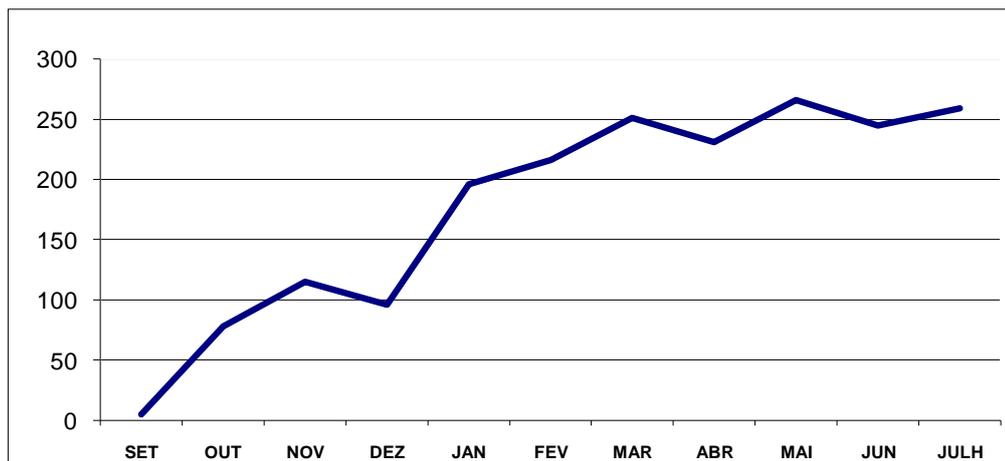


Para viabilizar a nova proposta foi necessário o envolvimento do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, além de divulgar a ação aos

municípios de outros Departamentos Regionais de Saúde que também tem municípios em seguimento no HCFMRP-USP.

Apesar de crescente, a procura por remarcação de consultas via e-mail abrange apenas 4% dos pacientes faltosos (Gráfico 33).

**Gráfico 26:** : Número de Consultas Ambulatoriais remarçadas por e-mail



Para potencializar o projeto, atingindo a meta de remarcação de consultas apenas através de mensagem eletrônica, é pertinente direcionar esforços para ações que motivem maior envolvimento das prefeituras dos municípios neste processo, já que também serão beneficiadas, pois não precisarão disponibilizar vagas de transporte para essas situações, podendo ocupar todas as vagas com pacientes que tem consultas marcadas (economia para o município), além de reduzir transtornos e desgastes do paciente, humanizando a relação do usuário com hospital.

### **Triagem e Agendamentos *online* de consultas de primeira vez.**

#### **a) Onco Rede**

Até o ano de 2004, o agendamento para consultas de primeira vez na oncologia era feito dentro das vagas disponibilizadas pelas especialidades clínicas e cirúrgicas. Este agendamento era realizado pelos DRS - Departamentos Regionais de Saúde através de guias de referência de papel, que tinham sua triagem realizada por médicos triadores dos DRS. Devido às guias de referência serem manuscritas, apresentavam problemas de ilegibilidade e falta de

informações determinantes, gerando agendamento de consultas em especialidades não compatíveis com a doença. Outras dificuldades se destacavam em relação à tramitação de papéis, como a demora no envio da guia de referência e a sua devolução, em média de 4 a 7 dias; demora para a realização da primeira consulta, em média de 30 a 60 dias, quando o centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) preconiza a primeira consulta em no máximo 15 dias; outro fator era o número de vagas ofertadas, menor que a demanda em muitas áreas.

Em 2005, houve mudança na forma de agendamento, e a oncologia apesar de manter-se dentro das especialidades, ganhou agenda própria, com número de vagas pré-determinado para cada especialidade oncológica (12 clínicas especializadas). A partir dessa mudança de agenda, observou-se um aumento na demanda de, aproximadamente 43,7% em relação ao ano anterior (2004); mas as dificuldades com as guias permaneciam.

Objetivando reduzir os problemas decorrentes das guias de papel, foi acertado que o HCFMRP-USP, através de um médico oncologista, passaria a triar as guias de referência da oncologia vindas do DRS XIII - Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto.

Foi feita uma parceria do DRS XIII, com o Centro de Informação e Análise (CIA) e a Gerência Geral do Ambulatório (GGA) do HCFMRP-USP e com médicos oncologistas para o início da triagem das guias de referência por via eletrônica (*on-line*), a partir de agosto de 2008; a princípio contemplando apenas o DRS XIII e posteriormente se estendendo aos outros DRS. Para tanto, foram estabelecidos protocolos de encaminhamentos utilizados como ferramenta, pelos médicos dos municípios para encaminhar os pacientes às especialidades que a patologia se enquadra. Atualmente todas as triagens de casos encaminhados ao HCFMRP-USP é realizada a partir das guias que os médicos dos municípios inserem no Sistema Informatizado e; após a avaliação e liberação pelo oncologista triador do HCFMRP-USP a consulta é agendada pelo respectivo DRS.

Desde essa modificação, as guias de referência passaram a ter legibilidade, apesar da pouca informação ainda persistente. O fato é que agora, o triador pode solicitar informações importantes ao médico solicitante antes de marcar a consulta. Com isso a taxa de agendamento nas especialidades corretas aumentou minimizando transtornos aos pacientes que antes vinham ao hospital e descobriam que estavam sendo atendidos em especialidade diferente daquela

que necessitavam. Além de que estamos conseguindo efetivar a programação da primeira consulta conforme preconizado pelo CACON, já que houve um aumento do número de vagas ofertadas por especialidade.

Considerando as atuais demandas por serviços especializados em oncologia, temos clareza que estamos auxiliando na construção das bases para ampliar ainda mais o protagonismo do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto neste cenário de atenção e cuidado ao paciente com câncer em nosso país.

#### b) Sistema de Agendamento Eletrônico de Consultas HCRP

Para se adaptar ao novo modelo de atenção à saúde ditado pelo Ministério da Saúde, que previa a consolidação de vínculos entre diferentes seguimentos sociais e o SUS; no ano de 2000, o HCFMRP-USP investiu na informatização e desenvolveu o Sistema de Agendamento Eletrônico, que foi implantado junto aos DRS - Departamentos Regionais de Saúde com os quais foi pactuado atendimento (Araraquara, Barretos, Franca, Ribeirão Preto e São João da Boa Vista), organizando o fluxo de entrada dos pacientes e delegando aos DRS o agendamento de novos pacientes nos diversos serviços especializados disponibilizados pelo HCFMRP-USP.

Embora o avanço contínuo das ações desencadeadas pelo HCFMRP-USP para o agendamento de consultas de primeira vez vir de encontro com as diretrizes estabelecidas, as dificuldades em relação à tramitação de papéis entre os DRS e os municípios deixava evidente a necessidade de flexibilidade da sistemática informatizada.

O processo tinha início nos municípios que encaminhavam as guias de referência aos DRS que, por sua vez, realizavam o agendamento das consultas após a triagem dos casos e devolviam as guias aos municípios. Essas guias de referência eram manuscritas e apresentavam problemas de ilegibilidade, dados incompletos, demora no agendamento das consultas, casos agendados em clínicas erradas e não permitiam a avaliação da complexidade do caso.

Com a proposta de tornar o processo de agendamento mais ágil e consistente, no primeiro semestre de 2007, foi efetivada a implantação da segunda versão do Sistema de Agendamento Eletrônico de Consultas, via internet (WEB), exigindo o preenchimento integral das guias de referência com informações legíveis e

precisas. O mecanismo elimina o papel, aperfeiçoa o trâmite e o esclarecimento de dúvidas, bem como garante a qualidade da informação.

O sistema de agendamento, referência e contra-referência via WEB, teve sua implantação iniciada pelo DRS XIII – Ribeirão Preto, e em 2009 foi estendido aos demais DRS da macrorregião de Ribeirão Preto; tornando possível:

- Preenchimento e encaminhamento eletrônico (via Internet) das guias de referência, pelos municípios, dinamizando o processo com informações legíveis, precisas e consistentes;
- Integração entre solicitante e o médico triador na troca de informações caso a caso, quando a complexidade do problema apresentado pelo paciente assim o exigir;
- Rastreabilidade, permitindo aos gestores gerenciar os encaminhamentos e identificar os entraves no processo;
- Identificação imediata pelo município solicitante de que o agendamento foi realizado e a emissão de comprovante a ser entregue ao paciente;
- Disponibilização da guia de referência nos terminais de computadores nos consultórios do HCFMRP-USP no momento da consulta médica;

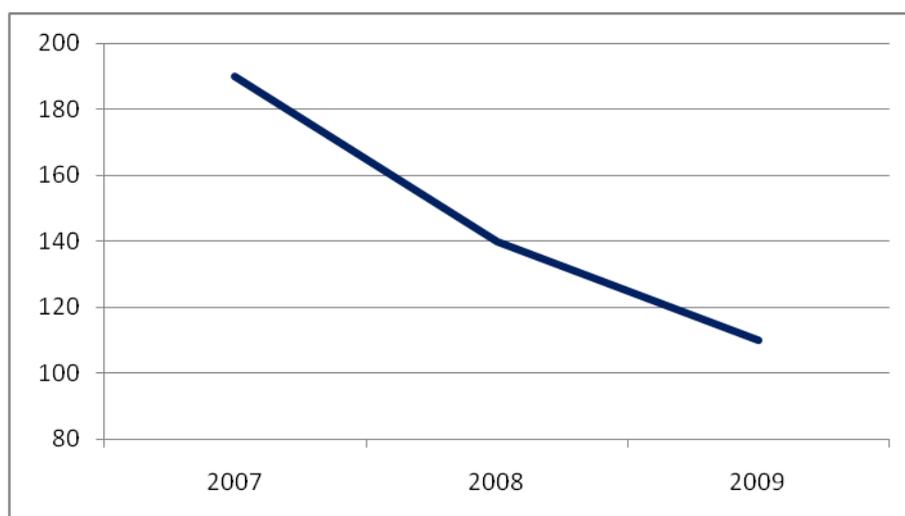
Objetivando viabilizar a eficácia de acesso, foram elaborados e efetivamente implantados os protocolos de encaminhamento ao atendimento.

O desenvolvimento e implantação dessa nova versão permitiu maior integração entre gestor estadual, representado pelo DRS XIII – Ribeirão Preto e municípios, além de produzir como consequência, resultados consideráveis, como:

- Otimização na utilização da agenda de primeiras consultas do HCFMRP-USP, passando de cerca de 60 % para 85% de agendamento das vagas disponibilizadas aos municípios;
- Divulgação e disponibilização do sistema de triagem on-line para equipes médicas do HCFMRP-USP, para avaliação das guias de referência destinadas a seus ambulatórios, com objetivo de qualificar a entrada e interagir com o município de origem do paciente.

- Diminuição do tempo entre solicitação e agendamento das consultas, antes cerca de 7 a 10 dias, para dois dias;
- Melhoria na qualidade das informações referentes aos pacientes, tornando quase inexistente a devolução de guias de referência por mau preenchimento ou letra ilegível;
- Possibilidade de organização dos agendamentos de acordo com as informações clínicas fornecidas e prioridade estabelecida pelos municípios solicitantes;
- Análise da complexidade da demanda existente com indicativo de discussão para descentralização da média complexidade. As informações retiradas do sistema são mensalmente utilizadas nas avaliações do plano de metas do HCFMRP-USP com o SUS.
- Outro ponto importante foi o envolvimento das equipes médicas do HCFMRP-USP na avaliação das guias de referência digitadas no Sistema dentro das clínicas especializadas. Atualmente 78 das 142 especialidades que disponibilizam vagas de consultas de primeira vez para a rede, são avaliadas por médicos do HCFMRP-USP.
- Redução nos erros de agendamento (Gráfico 34)

**Gráfico 27:** Redução dos erros de agendamentos



O caráter de humanização do atendimento contido nesta medida merece destaque, uma vez que o foco é proporcionar benefícios aos pacientes, reduzindo transtornos e desgastes; melhorando a qualidade das informações para a gestão hospitalar e para o profissional da saúde.

#### c) Seção de Internação e Controle De Leitos

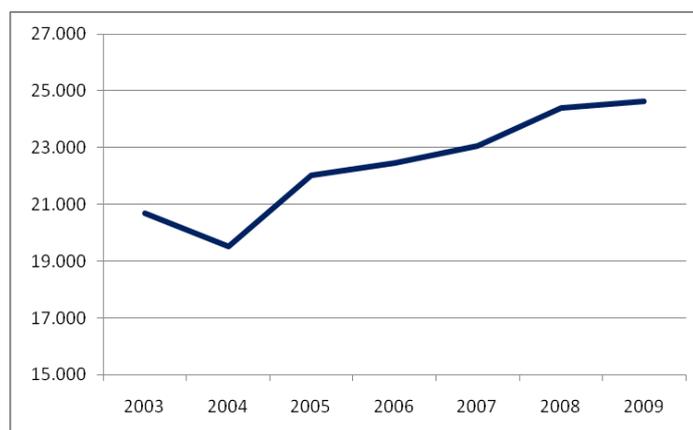
A Seção de Internação e Controle de Leitos, até 2006 estava localizada na área onde hoje está a Farmácia do Ambulatório, e foi transferida para a parte interna do ambulatório ocupando parte do espaço físico da Seção de Registro. Embora a mudança tenha sido positiva, tornando o processo de internação mais ágil através da articulação das áreas de interface; houve um aumento considerável na circulação de pessoas no ambulatório, entre visitantes, acompanhantes e pacientes.

O novo sistema SIIH criado pelo Centro de Informações e Análises trouxe agilidade nas rotinas realizadas pela Seção, que antes eram realizadas através de impressos com preenchimento manual e que hoje são feitos eletronicamente (Pedido de Internação, Aviso de Óbito, Aviso de Alta e outros). O impacto gerado de imediato foi a redução de papel impresso pela Seção diariamente e acesso rápido sobre os atendimentos dos pacientes.

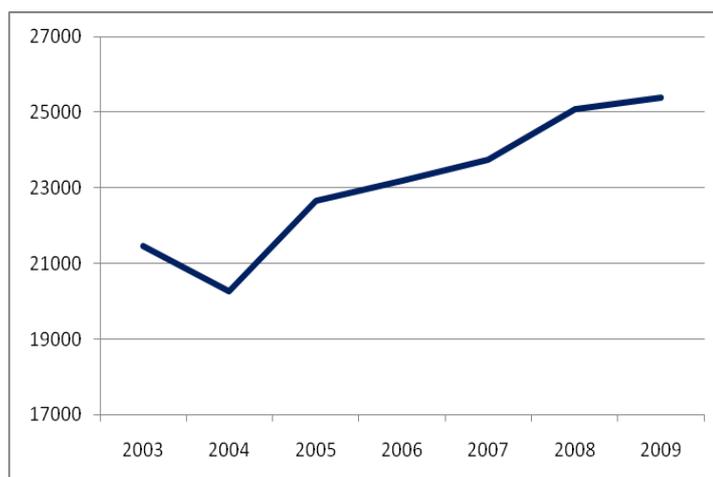
A solicitação de prontuário para internação era realizada por telefone ou através de listas. Após a implantação do sistema eletrônico do pedido de prontuário, assim que o médico faz o Pedido de Internação gera automaticamente o pedido do prontuário, proporcionando rapidez, agilidade e redução de ligações.

Atualmente o HCFMRP-USP – unidade Campus conta com 637 leitos ativados, com crescente número de internações e altas, conforme demonstrado nas figuras 3 e 4.

**Gráfico 28:** Internações HCRP Campus de 2003 a 2009



**Gráfico 29:** Altas HCRP Campus 2003 a 2009



Com a finalidade de separar o fluxo de visitantes de pacientes internados, do fluxo de pacientes do ambulatório; e visando o processo de segurança e a humanização em todo o processo de passagem do paciente e de seu familiar pelo hospital; foi desenvolvido um projeto para reestruturação da recepção de visitantes e acompanhantes de pacientes internados, envolvendo:

- transferência da área física, atualmente no ambulatório para a portaria principal do HCFMRP-USP;

- adequação da área física e da logística para o atendimento de visitantes e acompanhantes de pacientes internados;
- ampliação do horário destinado a visitas aos pacientes internados (de 1 hora sem revezamento para 6 horas com revezamento);
- cadastramento e identificação de visitantes e acompanhantes de pacientes internados.

Em agosto de 2009 teve início as atividades da nova recepção apresentando resultados positivos que garantem a segurança dos pacientes internados e seus familiares (até dezembro de 2009 foram cadastrados 52.917 visitantes e 18.099 acompanhantes), bem como dos funcionários, uma vez que permite o controle de pessoas nas áreas de internação.

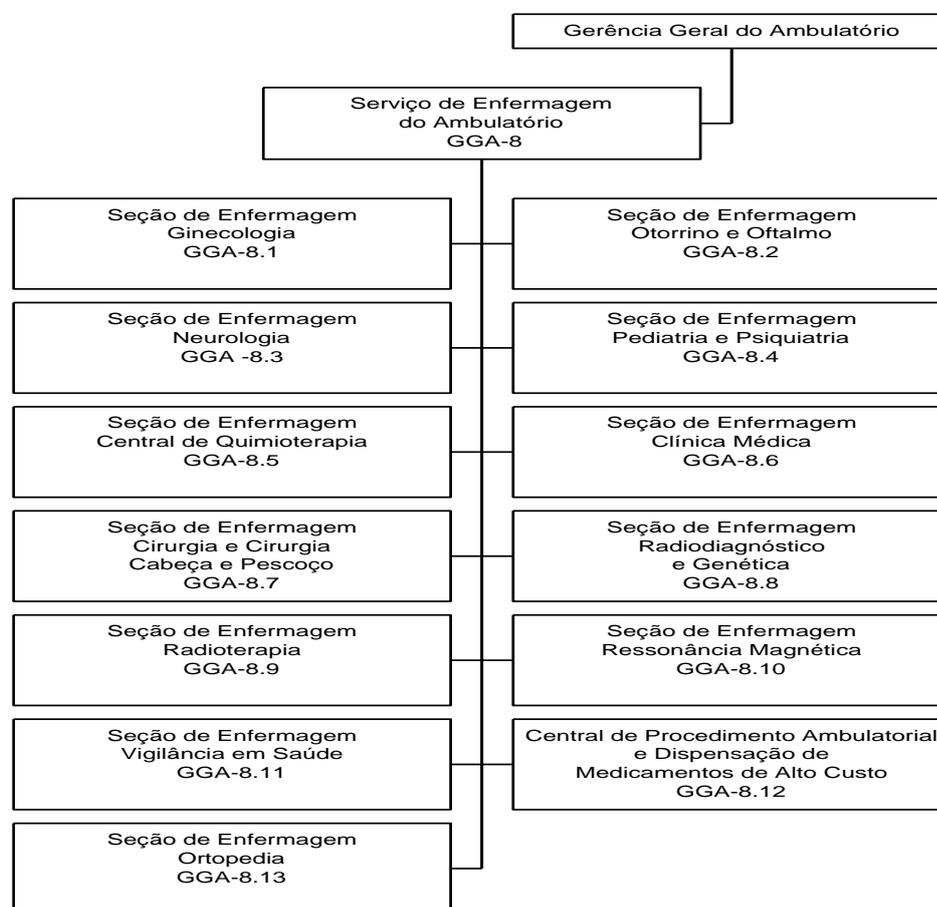
#### **Perspectivas Futuras:**

De acordo com o processo de humanização previsto no Planejamento Estratégico do Hospital e dentro do projeto do Plano Diretor elaborado para o ambulatório; a perspectiva futura deste Serviço é a existência de uma área física com saguão para a recepção unificada dos pacientes após a entrada na Portaria; com atendimento informatizado e colaboradores para orientação distribuídos no ambulatório que permitam a organização do fluxo de pacientes nos corredores de atendimento.

## Enfermagem do Ambulatório → GGA – 8

A função da enfermagem em uma unidade hospitalar é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, com objetivo de promover, manter ou recuperar a saúde. O enfermeiro especificamente no contexto de suas práticas desenvolve quatro atividades específicas: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. O GGA – 8 atualmente está organizado conforme Figura 15.

**Figura 16:** Organograma do GGA – 8.



Com o surgimento da GGA, tivemos a criação ou ampliação de vários serviços com a definição de atividades específicas para toda equipe, conseqüentemente foram necessárias novas contratações: Em sete anos foram: 21 enfermeiros, 9 técnicos e 41 auxiliares de enfermagem. Dentre os setores beneficiados podemos

citar alguns: Oncologia (Central de Quimioterapia, Ambulatório de Oncologia, Registro Hospitalar de Câncer), Casa 20 (Otorrino, CCP e Pneumologia), IMESC, Centro de Procedimentos Ambulatoriais (Clínica Médica, Imunologia, Proctologia, Transplante Renal, Dor, Neurologia, etc..), Laboratório de Provas funcionais (Clínica Médica Gastro, Gastrocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Vascular), CCIFM (Radiodiagnóstico, radioterapia), etc. Atualmente a equipe de enfermagem da GGA-8 é composta por 181 servidores, sendo 40 enfermeiros, 119 auxiliares de enfermagem e 22 técnicos de enfermagem, e junto com a equipe médica constitui-se na principal força de trabalho ambulatório.

Destacamos que o enfermeiro no serviço da GGA, além das funções gerenciais, assistências e educativas com os pacientes, exerce atividades de ensino com os alunos de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto através do estágio supervisionado desde 2001 e outras instituições de ensino superior, como também com os profissionais da Instituição, ministrando aulas nas capacitações de enfermagem promovidas pela instituição, pela Comissão Educação Continuada de Enfermagem (CECEN) e pela própria enfermagem da GGA. No decorrer de 2010, em 39 cursos oferecidos conseguimos capacitar 76% da equipe de enfermagem do ambulatório.

Observamos nos últimos anos que a equipe de enfermagem do ambulatório está envolvida com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, alinhada com o Programa CQH: Compromisso com a Qualidade Hospitalar, houve novas aquisições de materiais e equipamentos que possibilitaram a organização do serviço. Citamos os diversos serviços e atividades específicas de enfermagem existentes no ambulatório, e que certa forma respeita a arquitetura das utilidades do próprio ambulatório:

a) GGA 8.1 - Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia

O enfermeiro do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia desenvolve atividades específicas, tanto assistências às pacientes que desenvolvem complicações após cirurgias de mama, oncológicas e puérperas , como também atividades educativas à pacientes e acompanhantes sobre os seguintes temas: cateterismo intermitente com pacientes portadores de bexiga neurogênica e incontinência urinária, cuidados e aplicação de insulina, orientações sobre a patologia, tratamento e administração de quimioterápicos, métodos contraceptivos e realização dos curativos em domicílio.

Dentro da ação educativa são realizados encontros com grupos de 12 pacientes e acompanhantes, para orientação de métodos de contracepção, esclarecendo os métodos reversíveis e irreversíveis. O enfermeiro oferece ao casal todas as informações de cada método, vantagens e desvantagens, além de esclarecer dúvidas do grupo, possibilitando ainda troca de experiências de cada integrante.

A ação educativa de métodos contraceptivos ocorre às sextas feiras, com duração de 2 horas, a cada quinze dias. Em 2009 foram realizados encontros com 284 pacientes, e em 2010 até a presente data participaram 205 pacientes e acompanhantes. Outra importante função do enfermeiro deste setor é a avaliação, seguimento e indicação das coberturas específicas dos curativos, que mensalmente realiza cerca de 130 atendimentos.

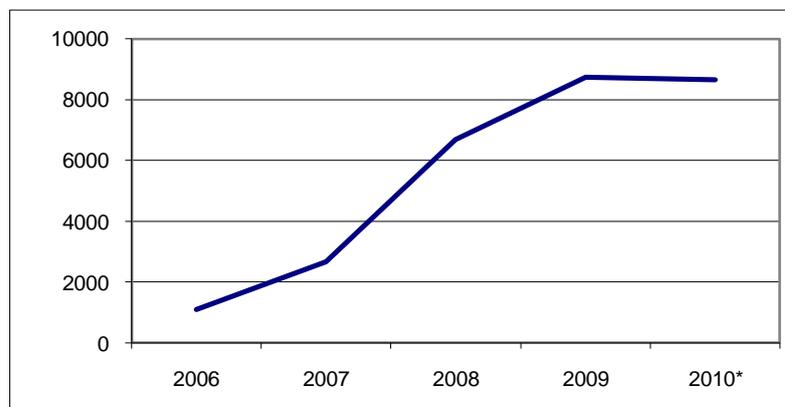
#### b) GGA 8.2 – Ambulatório Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Casa 20

A casa 20 foi inaugurada em abril de 2006, sendo uma área destinada ao Centro Integrado de Estudos das Deformidades da Face (CIEDEF), o Centro do Respirador Bucal (CERB) e o Centro de Pesquisa e Reabilitação em Audição e Equilíbrio (CPRA). A inauguração desse Centro, tem como objetivo proporcionar atendimento completo ao paciente em um único local e integrado com a Faculdade de Medicina, Prefeitura do Campus da USP e Faculdade de Odontologia.

São realizados consultas médicas, exames, procedimentos e tratamentos: Fibroscopia, Prick Test, BERA, Ativação do implante coclear, audiometria, Otoneuro- teste vestibular, infiltrações de medicamento de corneto inferior, acupuntura e moldes para aparelhos auditivos. Considerando um ambulatório especializado onde a clientela necessita de um atendimento multidisciplinar, é de fundamental importância a inserção da enfermagem para proporcionar a qualidade e segurança do cuidado prestado a comunidade.

No início das atividades da casa 20, para oferecer um suporte ao atendimento aos pacientes, foi lotada um técnico de enfermagem e um oficial administrativo, o enfermeiro nesta época respondia pelo serviço a distância. Devido o aumento da demanda em 2008 foi contratada um enfermeiro e em 2009 mais um oficial administrativo.

**Gráfico 30:** Número de consultas e procedimentos realizados na casa 20



O Ambulatório de Otorrinolaringologia realiza o implante coclear que é um dispositivo eletrônico que faz a função das células ciliadas lesadas ou ausentes; para isso produz um estímulo elétrico às fibras remanescentes dos nervos auditivos. O implante oferece ao usuário capacidades auditivas importantes e melhora da comunicação, é um tratamento seguro, confiável e eficaz para a perda severa ou profunda da audição em adultos e para perdas profunda nas crianças. É reconhecido pela Associação Médica Americana e Academia Americana de Otorrinolaringologia - Cirurgia de Cabeça e de Pescoço, como tratamento padrão para perda bilateral profunda da audição.

O atendimento a essa clientela ocorre na casa 20, às terças-feiras com 7 vagas, sendo 4 para caso novo. Em agosto de 2004 foi realizado o 1º implante coclear no HCRP, são realizados em média 44 implantes anual e até a presente data foram realizados um total de 186 cirurgias.

Dentre as atividades do enfermeiro deste serviço podemos destacar participação deste profissional no grupo multiprofissional que desenvolve trabalho com pacientes que são submetidos ao Implante Coclear, realizando orientação sobre importância do pré cirúrgico (exames de imagem e laboratoriais, BERA e vacinação específica), pós cirúrgico do implante coclear para evitar complicações irreversíveis e o que é o implante coclear, os riscos e benefícios do implante.

A enfermagem do serviço de oftalmologia além de prestar assistência aos pacientes no pré e pós cirurgias oftalmológicas, desenvolve duas vezes/semana, desde março de 2009, uma atividade muito importante em conjunto com a equipe

médica, que é o grupo de orientações a estes pacientes, com os objetivos: de atingir a meta positiva do tratamento cirúrgico da catarata, gerar impacto de qualidade e sucesso no procedimento, diminuir riscos das complicações e amenizar a ansiedade e expectativa dos pacientes.

São oferecidos aos pacientes e suas famílias conhecimentos sobre a cirurgia, procedimentos essenciais e cuidados básicos a serem providenciados no pré e realizados nos pós operatórios, afim de evitar complicações graves e irreversíveis. Percebe-se com este trabalho que o enfermeiro é a referência dos pacientes para esclarecimentos das dúvidas, assim como proporcionar confiança e tranquilidade no momento do ato cirúrgico.

Até a presente data 1578 pacientes/ acompanhantes foram beneficiados com as orientações deste grupo. Outra função importante que o enfermeiro desta unidade desenvolve é o controle e manutenção dos diversos equipamentos que compõe a infra-estrutura das atividades desenvolvidas pela especificidade do serviço.

O auxiliar de enfermagem da oftalmologia desde Setembro de 2009 também realiza exames específicos como: campimetria, tomografia de coerência ótica, biometria, microscopia especular, topografia, paquimetria, retinografia e cuidados diretos aos pacientes submetidos a angiografias. Neste período foram realizados 3.250 exames. Para a concretização deste trabalho foram contratados dois auxiliares de enfermagem.

#### c) GGA 8.3 - Ambulatório de Neurologia

Neste ambulatório o enfermeiro atua nas atividades assistências, destacando a avaliação e seguimento das condições do tecido cutâneo e da sonda de gastrostomia a nível de pele. Quando necessário o mesmo periodicamente indica e realiza o curativo mais adequado para a cicatrização tecidual e faz as trocas das sondas Mic-Keys, com 273 pacientes em acompanhamento.

Podemos também destacar o papel educativo com o cuidador nas orientações do pós-operatório de cirurgia de gastrostomia, manutenção e manuseio da mesma. Além das orientações com os pacientes em tratamento de Esclerose Múltipla, esclarecendo os mesmos quanto a patologia, preparo, tratamento e administração de medicamentos específicos, encontra-se 58 pacientes em seguimento com a enfermeira.

#### d) GGA 8.4 - Ambulatório de Pediatria e Psiquiatria

O enfermeiro do ambulatório de Pediatria além das atividades assistências de rotina, destacamos o trabalho educativo com as mães das crianças: portadoras de doenças neoplásicas orientando sobre a patologia, tratamento e administração de quimioterápicos, em média 150 orientações de enfermagem/ano de casos novos; cateterismo intermitente; cuidados com sonda gástrica, atendimento integrado com nutricionista; cuidados com traqueostomia; manejo de cólon; aleitamento materno.

Além disso, existe um projeto de reestruturação para as mães das crianças portadoras de bexiga neurogênica do ambulatório de Nefrologia Infantil.

#### e) GGA 8.5 – Central de Quimioterapia

A Central de Quimioterapia HCRP-USP foi inaugurada no ano 1991, atendia em média 280 pacientes por mês, com 03 Enfermeiros em uma área física adaptada e localizada próxima ao balcão 3, com 2 salas para atendimento, capacidade de 10 poltronas e 2 divãs. Com o passar dos anos e o aumento da demanda de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, foi inaugurada em 2006 uma “Nova Central de Quimioterapia” localizada no Espaço para Atendimento Multiprofissional, nessa época não houveram novas contratações de enfermeiros para atendimento.

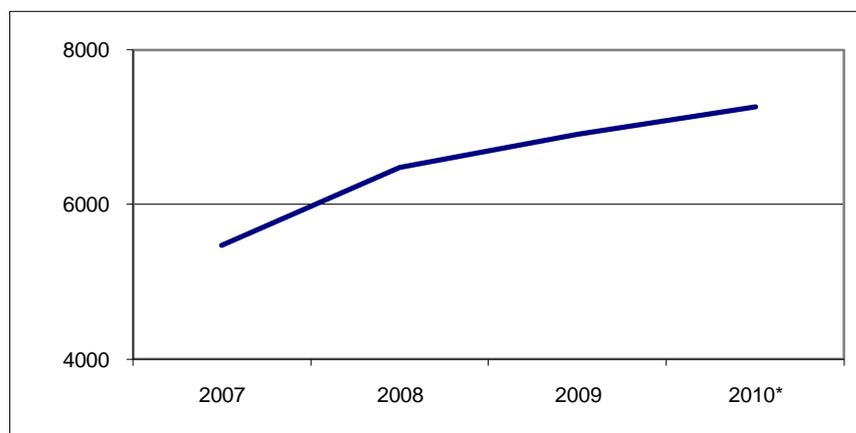
Atualmente, a Central de Quimioterapia possui 5 áreas de administração de medicamentos sendo:

- 1 para adultos com 11 lugares ;
- 3 quartos individuais destinados aos pacientes que fazem tratamento quimioterápico de ciclo longo ou encontram-se debilitados;
- 1 para pediatria com 05 lugares.

Para adequar a nova área e atender a demanda existente, em 2008 houve necessidade de ampliação do quadro de enfermagem de 3 para 6 enfermeiros especialistas, 4 Técnicos de Enfermagem e 1 oficial administrativo.

São realizados em média cerca de 40 atendimentos a crianças e 560 atendimentos à adultos/mês de diversas especialidades.

**Gráfico 31:** Aplicações de Quimioterapia



Com o crescimento do número de pacientes com diagnóstico de câncer e consequente necessidade de acompanhamento dos mesmos houve necessidade da criação de uma área específica com 6 consultórios, uma sala de observação e medicação, posto e orientação de enfermagem; surgindo assim, o Ambulatório de Oncologia em outubro de 2009, sendo direcionada uma enfermeira e contratação de 3 auxiliares de enfermagem.

Considerando que os pacientes são atendidos nas duas áreas referidas acima e a assistência de enfermagem à essa clientela requer um segmento e atendimento de uma equipe treinada e especializada, optamos em Setembro de 2010, por unificar a equipe de enfermagem do ambulatório de oncologia e central de quimioterapia, denominada de Serviço de Enfermagem em Oncologia.

Dentre as atividades assistências, educativas e administrativas do enfermeiro nesta área destacam:

- Orientação de caso novo a pacientes em tratamento quimioterápico;
- Avaliação e acompanhamento do extravasamento de medicamento quimioterápico;
- Aulas sobre “Cuidados na administração de quimioterápicos” e “Cuidados de Enfermagem em lesões de pele” na Capacitação periódica

de Enfermagem promovida pela CECEN- Comissão de Educação Continuada de Enfermagem;

- Implementação do “Indicador de qualidade em serviço: Índice de extravasamento de medicamento quimioterápico em cateter: periférico e central em pacientes pediátricos e adultos”;
- Supervisão aos alunos da EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;
- Participação dos Enfermeiros em cursos, simpósios e jornadas relacionadas à Oncologia (com destaque em 2010):

Além disso, em setembro de 2010 o Registro Hospitalar de Câncer foi transferido para uma área específica no Multiprofissional, sob responsabilidade do Serviço de Oncologia, sendo contratado 1 enfermeiro e 2 oficiais administrativos.

O Registro Hospitalar de Câncer é um cadastro sistemático dos casos novos de neoplasias malignas tratadas no Hospital. A entrada dos dados no Sistema se dá através da digitação de fichas de admissão e pelo seguimento temporal dos casos (ficha de seguimento).

O processamento informatizado destas fichas permitirá de maneira atualizada e rápida obter:

- Informações relativas a câncer originadas nos RHCs;
- Qualidade da assistência prestada, sobrevida;
- Condições de pacientes em tratamento, entre outros;
- Servir como fonte de informações para o planejamento administrativo da Instituição;
- Análises de situações epidemiológicas;
- Estimular melhoria do prontuário médico, principal fonte de registro hospitalar de câncer;
- Permitir troca de informações com outros registros hospitalares e a organização de estudos colaborativos.

f) GGA 8.6 - Ambulatório de Clínica Médica e Dermatologia

O enfermeiro do ambulatório de Clínica Médica desenvolve atividades educativas quanto a:

- Administração de Medicação Interferon;
- Aplicação de Insulina;
- Cuidados com sonda nasogástrica;
- Patologia, tratamento e administração de quimioterápicos.

Em março de 2010 o auxiliar de enfermagem passou a realizar os testes de alergia, todas às quartas-feiras, no período da manhã para os pacientes seguidos da Imunologia/Alergia. São realizados em adultos o teste intradérmico e o *prick test* de vários tipos (alimentos, medicamentos, pólen, grama, animais, ácaros e fungos) e o teste autólogo (coleta-se sangue e após a centrifugação é aplicado o soro no paciente via intra dérmica), até a presente data foram atendidos cerca de 230 pacientes.

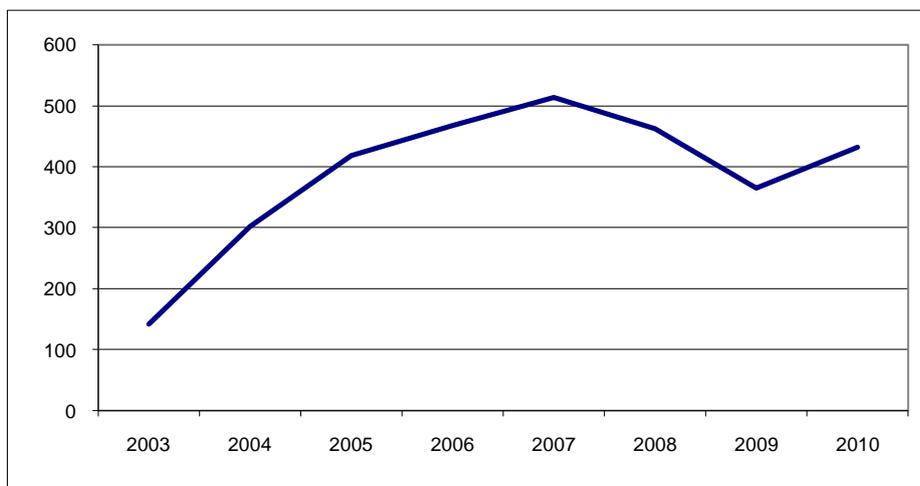
g) Educação em Diabetes / Pé Diabético - Curativo

A atividade educativa aos pacientes portadores de diabetes acontece desde 1997, iniciada pelas docentes e alunas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e buscando fortalecer a parceria do projeto de extensão com o serviço, em 2004, uma das enfermeiras da unidade ambulatorial passou a integrar o grupo, e dessa forma, o tratamento das lesões identificadas também foi incorporado às atividades e a área física necessitou ser ampliada para adequar-se ao seguimento da pessoa com DM e úlceras em pés.

Devido a complexidade dos casos e o aumento da demanda dos pacientes, em 2007 houve a separação da área física para os atendimentos dos pacientes diabéticos com e sem lesões, ou seja, o ambulatório foi dividido em 2 tipos de atendimentos: Educação em Diabetes e Pé Diabético- Curativo.

A partir de outubro de 2010, o enfermeiro participará do grupo multiprofissional com os pacientes portadores de diabetes.

**Gráfico 32:** Atendimento de Enfermagem em pacientes Diabéticos



#### h) Ambulatório de Hanseníase

A Dermatologia foi reconhecida como Centro de Referência Nacional em Dermatologia com ênfase em Hanseníase, desde o ano de 2002, para atender as exigências do Ministério da Saúde, foi necessária a atuação de uma enfermeira para atuar na prevenção da incapacidade que esses pacientes possam desenvolver com a patologia instalada.

Desde então a enfermeira desenvolve atividades assistências, tais como: coleta de baciloscopia, avaliação de prevenção de incapacidades conforme protocolo do Ministério da Saúde, avaliação e realização de curativos e atividades educativas, tais como: orientações com acompanhantes e pacientes sobre a patologia, sinais, sintomas e prevenção da doença, tratamento e auto cuidados.

O enfermeiro ainda participa do grupo educativo, às quartas-feiras juntamente com a equipe multiprofissional, para pacientes e acompanhantes.

Desde o início das atividades foram realizados 419 atendimentos para casos novos de enfermagem em pacientes com diagnóstico de Hanseníase e 583 atendimentos de avaliações de Prevenção de Incapacidades.

i) GGA 8.7 - Ambulatório de Cirurgia e Cirurgia Cabeça e Pescoço

Neste ambulatório o enfermeiro realiza um trabalho educativo com orientações e entrega de folders explicativo e ilustrado através do EAF (Ambulatório Especializado de Assistência de Enfermagem) quanto ao manejo de cólon e auto cateterismo vesical intermitente aos pacientes e familiares em seguimento nos ambulatórios de Urologia e Cirurgia Pediátrica. Este ambulatório acontece às quintas-feiras, no período da tarde e foram atendidos desde 2005 um total de 840 pacientes.

Outra importante atividade educativa iniciada em junho de 2010 pela equipe de enfermagem da cirurgia, foi a pós-consulta de Enfermagem aos acompanhantes e pacientes pós transplante Renal, quanto orientações gerais e específicas do tratamento (uso de medicações, uso de filtro solar, horário específico para coleta de sangue de acordo com o horário da medicação ingerida).

No serviço de Enfermagem de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, o enfermeiro desenvolve um trabalho educativo através de orientações e entrega de manual e folder aos acompanhantes e paciente traqueostomizados e laringectomizados, sobre os cuidados pessoais, higiene, troca da cânula de traqueostomia e cuidados com Sondas Nasoenterais, em média são orientados 360 pacientes/ano.

j) GGA - 8.8 - Radiodiagnóstico, Tomografia Computadorizada e Genética

O ambulatório de Genética iniciou suas atividades na década de 90 dentro do espaço físico do ambulatório de Pediatria, balcão 4, sendo transferido para a área do Multiprofissional em 2003, contando com uma estrutura física de 8 consultórios e ficando sob a coordenação e assistência de enfermagem do Radiodiagnóstico.

Devido a reestruturação do serviço de Radiodiagnóstico foi necessário a adequação da enfermagem, designando uma auxiliar de enfermagem exclusiva para este serviço a partir de outubro de 2010, sendo assim terá possibilidade de melhorias do atendimento a clientela. Também foi cedido uma sala para enfermagem realizar a pré, pós consulta e atendimento de enfermagem.

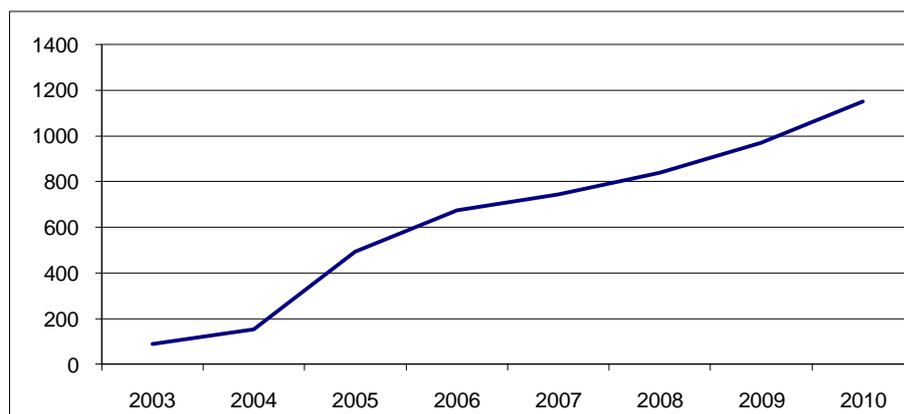
O Centro de Imagens e Físicas Médicas vem passando nos últimos anos por uma intensa transformação na área física, gerenciamento, novas contratações de recursos humanos e aquisição de equipamentos de última geração. Em 2009

foram contratados 4 enfermeiros que trabalham em esquema de rodízio para desenvolverem as atividades nos 6 setores onde são responsáveis (Radiodiagnóstico, CT, RNM, Radioterapia, US) e também Genética. No serviço de Radiodiagnóstico tem ocorrido reformas na área física e devido aos avanços tecnológicos, em 2008/2009 houve aquisição de novos equipamentos de última geração, como:

- 2 mamógrafos, já em funcionamento e há previsão para o início do próximo ano, serem realizados exames de Core Biopsy, que oferecem maior agilidade, qualidade e precisão nos diagnósticos de câncer de mama.
- aparelho de arteriografia – Innova, onde possibilita a realização de exames mais complexos e sob anestesia ( embolizações de aneurismas e mal formações, alcoolizações de tumores e quimioembolizações) e também observa-se maior agilidade na realização dos procedimentos.

Devido as inovações e a nova realidade, a enfermagem está empenhada em reestruturar o serviço, em participar de capacitações de enfermagem para proporcionar a melhoria dos cuidados prestados, obter novas contratações de servidores, porém ainda não concretizadas.

**Gráfico 33:** Número de exames realizados nas salas de arteriografia

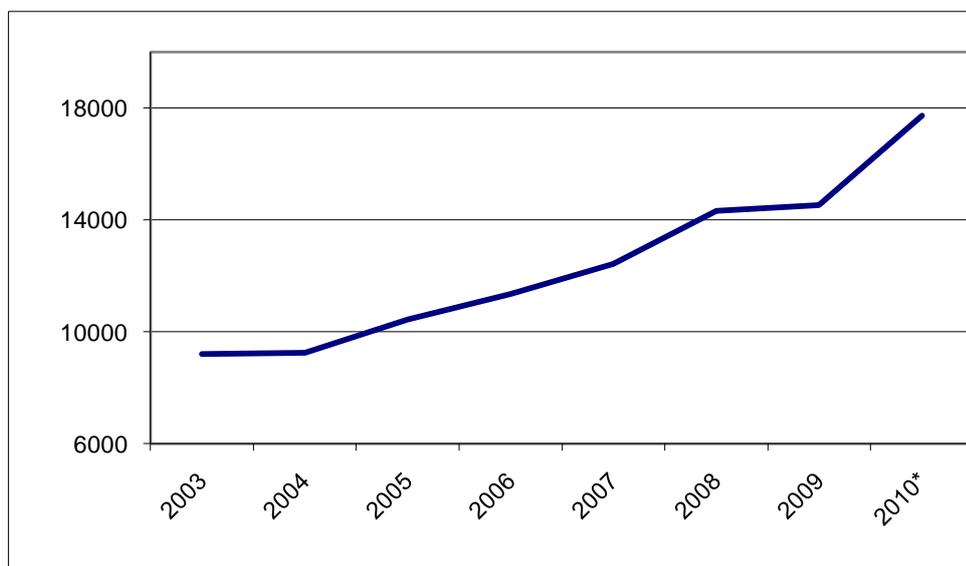


Até 2009 o serviço de tomografia computadorizada contava com um aparelho Helicoidal, que realiza exames com duração média de 3 à 15 minutos, dispondo de 4 auxiliares de enfermagem. Em 2009 foi adquirido um aparelho multi slice (

Big Bore), que é um aparelho simulador para radioterapia e em novembro do mesmo ano foi testado e a partir de 2010 iniciado exames e simulações para o tratamento de radioterapia. Este aparelho realiza exames em segundos, conseqüentemente houve um aumento do número de exames. São realizados também exames e biópsias sob anestesia em três dias da semana, no período da manhã. Tendo em vista que haverá abertura de nova agenda, será necessário a contratação de novos servidores.

A enfermagem realiza a pré consulta e preparo dos pacientes que serão submetidos ao exame.

**Gráfico 34:** Número de exames realizados na Tomografia Computadorizada.



#### k) GGA 8.9 - Radioterapia

A Radioterapia em 2002 possuía os aparelhos: Acelerador Linear, Cobalto, Orto voltagem (Stabilipan) e Simulador. Nessa época eram realizadas braquiterapias de baixa dosagem, dispondo de 2 auxiliares de enfermagem. Em 2003 foi adquirido um aparelho de braquiterapia HDR (alta taxa de dose), sendo contratado mais um auxiliar de enfermagem para o início dos procedimentos neste aparelho.

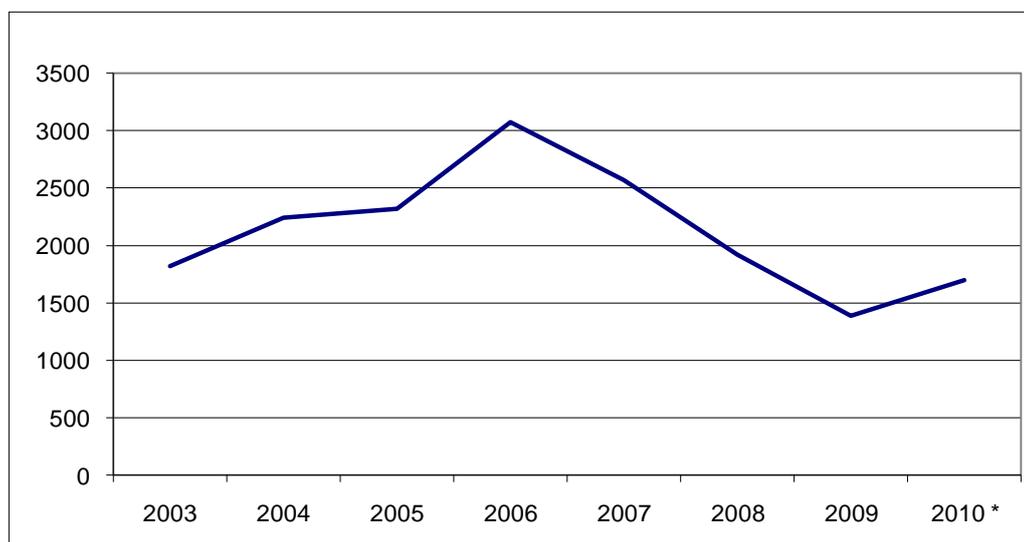
De 2008 a 2010 foi reestruturado com reforma na área física, sendo que em 2009 foi desativado o acelerador linear e os pacientes passaram a ser encaminhados para outros serviços, permanecendo nesta Instituição apenas os pacientes com indicação paliativa, que mantiveram tratamento no aparelho de cobalto. Os atendimentos no Stabilipan e na braquiterapia permaneceram normais.

Ainda em 2009, com o término da instalação do novo aparelho acelerador linear Primus, houve retomada do atendimento no setor e iniciou-se os planejamentos na tomografia computadorizada Big Bore. Houve descredenciamento do aparelho de cobalto e somente os tratamentos de braquiterapia continuaram a ser realizados no setor e em maio de 2010, foi instalado um novo acelerador linear (Oncor) e iniciado novos atendimentos nesse aparelho.

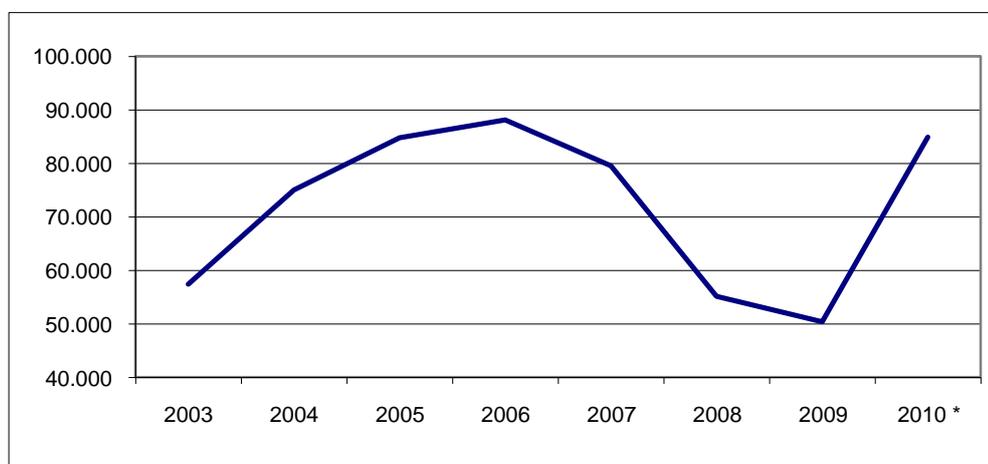
São também realizados braquiterapias e tratamentos radioterápicos em adultos e crianças sob anestesia. Devido a reestruturação da área e aquisição de novos aparelhos houve ampliação do quadro para 5 auxiliares de enfermagem.

A enfermagem realiza a pré consulta e preparo dos pacientes que serão submetidos ao exame, como também curativos das lesões oncológicas.

**Gráfico 35:** Número de consultas na Radioterapia



**Gráfico 36:** Número de Aplicações de Radioterapia



#### I) GGA 8.10 - Ressonância Nuclear Magnética

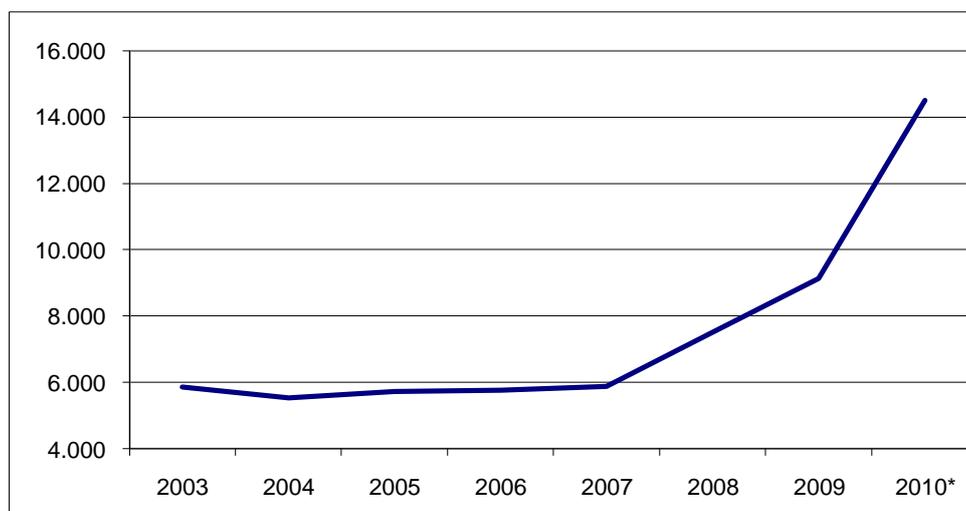
A Ressonância Nuclear Magnética iniciou as atividades com uma máquina de 1,5 Tesla, realizando em média 20 exames/ dia nos períodos manhã e tarde, contando com 2 auxiliares de enfermagem. Com a crescente demanda houve a ampliação do horário de atendimento até as 23 horas e aos sábados das 9 às 15 horas, havendo uma contratação de mais uma auxiliar de enfermagem. A enfermagem realiza a pré consulta e preparo dos pacientes que serão submetidos ao exame.

Em 2007/2008 a unidade passou por uma reforma para instalação de uma nova máquina e com isso foram contratados mais 5 auxiliares de enfermagem.

Em 2009 foi adquirido uma máquina de 3,0 Tesla, realizando em média 55 à 60 exames /dia; sendo que em dois dias da semana , no período da manhã, são realizados exames sob anestesia para pacientes com problemas neurológicos, crianças e claustrofóbicos.

O serviço de Ressonância Magnética também colabora com as pesquisas científicas, realizando exames para essa finalidade.

**Gráfico 37:** Número de exames realizados de Ressonância Magnética.



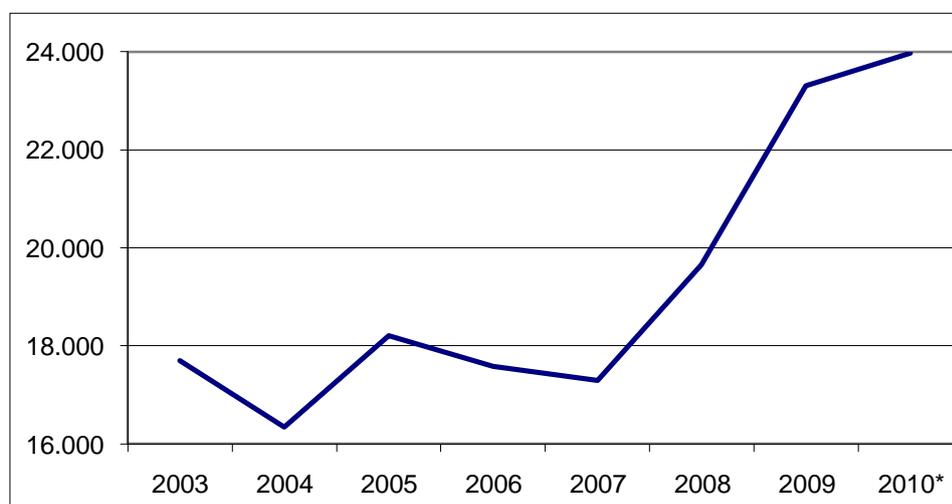
O setor de ultrassom iniciou suas atividades na década de 80 dentro do espaço físico da Radiologia, no corredor 10. Posteriormente, foi transferido para um setor próprio situado próximo a UETDI, dispondo de 4 aparelhos fixos e um portátil.

Contava com um quadro de 2 atendentes de enfermagem e a partir do ano de 2008, com a aposentadoria de um dos atendentes, houve a contratação de um auxiliar de enfermagem. Atualmente o serviço dispõe de 5 salas de exames e 7 aparelhos de ultrassom, sendo 3 portáteis.

O ultrassom conta hoje com uma atendente de enfermagem, um auxiliar de enfermagem contratado e uma auxiliar de enfermagem emprestada do setor do CPA – Centro de Procedimentos Ambulatoriais. O serviço funciona de Segunda a Sexta das 8 às 18 horas, onde dois dias da semana são realizados exames sob anestesia. Aos sábados quinzenalmente das 8 às 12 horas desde agosto de 2010 para os funcionários da Instituição.

Em uma análise dos exames realizados nos últimos anos, percebe-se um aumento no fluxo de pacientes atendidos.

**Gráfico 38:** Número de exames realizados de Ultrassonografia



m) GGA 8.11 – Ambulatório de Enfermagem Preventiva (CRIE )

A sala de vacinação, é um local destinado à administração dos seguintes imunobiológicos: DPT, dT, Tetra, SABIN, Haemophilus Influenzae B (HiB), Hepatite B, Sarampo, MMR (sarampo, caxumba e rubéola) e Febre Amarela.

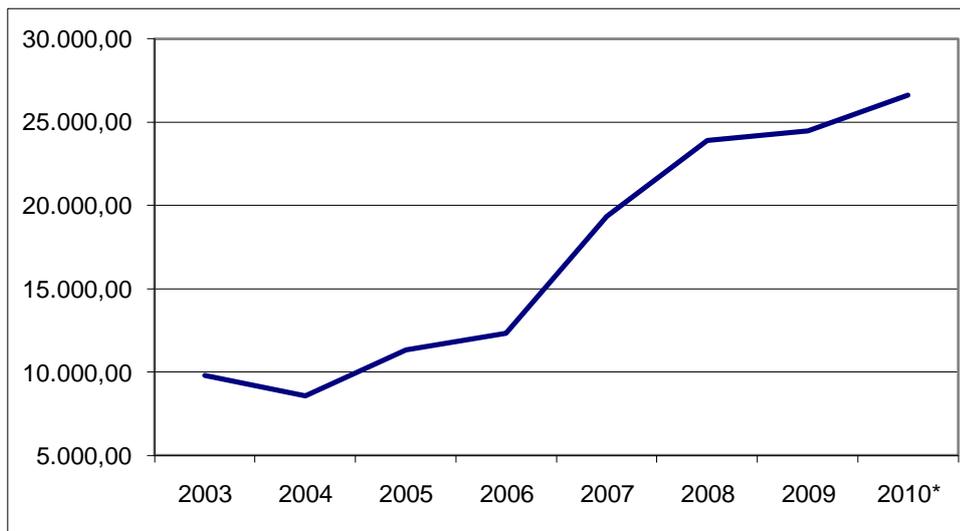
O CRIE apresenta-se como referência para encaminhamento de reações de eventos adversos pós vacinação atendendo o Município de Ribeirão Preto e região da DIR XIII, tendo normas específicas, bem como em atender e oferecer imunógenos gratuitamente independente da situação sócio econômica do paciente, dentro dos critérios de indicações preconizados pela Norma do Ministério da Saúde. Houve uma contratação de um oficial administrativo em 2008.

Nestes 8 anos de administração o CRIE não sofreu alterações em sua estrutura física, mas tivemos grandes avanços na logística do serviço, aprimorando e otimizando as atividades devido a demanda crescente que estamos observando e demonstrando em nossas estatísticas anuais.

Em 2003 o CRIE realizou 9.784 atendimentos, entre aplicação/ dispensação/ atendimento, a partir daí tivemos um crescente aumento no atendimento, em 2009 realizamos 24.494 atendimentos, foram 14.710 atendimentos a mais do que o realizado em 2003.

Com o encerramento do primeiro semestre de 2010, obtivemos um resultado provisório de 15.792 atendimentos, o que nos leva a crer que vamos superar os números de 2009, pois no mesmo período do ano passado, encerramos o semestre com 13.993 atendimentos.

**Gráfico 39:** Total de vacinas aplicadas/dispensadas no CRIE



#### n) GGA 8.12 - Central de Procedimento Ambulatorial

A Central de Procedimento Ambulatorial está localizada próximo ao balcão 3, na antiga Central de Quimioterapia, após ter sido feita reforma da área física e a partir do ano de 2007 algumas clínicas passaram a realizar procedimentos, tais como: Terapia para o bloqueio da dor - Clínica de Dor; aplicação de Toxina Botulínica em adultos e crianças – Neurologia , laser - Dermatologia, Otorrinolaringologia e Ginecologia e Obstetrícia; Fototerapia – Dermatologia e recentemente a criação do Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo - CEDIMAC.

As atividades do CEDIMAC foram iniciadas em setembro de 2009, em conjunto com a equipe médica da Imunologia, que possibilitou adesão dos pacientes e facilitou a terapia com medicações de alto custo (Infliximabe, Abatacepte, Rituximabe, Tocilizumabe, Etanercepte, Omalizumabe, Imunoglobulina Humana e Octreotida), com a finalidade de atingir as metas terapêuticas de diversos tratamentos.

Os clientes atendidos nesse serviço, são portadores de acromegalia, artrite reumatóide, espondilite, dentre outras doenças, que sem tratamento apresentam elevada taxa de mortalidade, são atendidos média de 200 pacientes/ mês

Por essa razão, além da infusão das medicações, uma das principais atividades do enfermeiro é a educativa, realizando orientação de enfermagem sobre a doença, sinais e sintomas, importância e opções de tratamento, informações sobre efeitos adversos e adesão ao tratamento para prevenir complicações irreversíveis.

Para o funcionamento dessa unidade foram contratados 2 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem e 2 oficiais administrativos em 2009/2010.

**Tabela 15:** Procedimentos realizados na CPA (2009 e 2010\*)

Procedimentos	2009	2010*
Toxina Botulínica	1683	5.144
Terapia para Dor	6785	15.576
Fototerapia	1477	2.754
Laser Derma (CPADL) <sup>#</sup>	-	64
Laser GO (CPAGO) <sup>#</sup>	-	230
Laser Otorrino (CPAORL) <sup>#</sup>	-	81
CEDIMAC	-	1.397

*2010\* - Estimado para 12 meses*

**Nota:** As siglas com o sinal <sup>#</sup> foram criadas a partir de junho de 2010 e a sigla CEDIMAC foi criada no CPA em julho de 2010. Antes os procedimentos estavam sendo computados no balcão de origem. Após a reorganização da CPA houve crescimento no quantitativo de todos os exames.

o) GGA 8.13 - Ambulatório de Ortopedia

A equipe de enfermagem avalia juntamente com a equipe médica e realiza todos os curativos pós cirúrgicos, com e sem fixador externo.

Podemos destacar neste serviço que a equipe de enfermagem além da pós consulta a todos os pacientes deste ambulatório, a partir de junho de 2010 passou a realizar a pré consulta de enfermagem aos pacientes com indicação de transplante renal, conforme protocolo elaborado juntamente com a equipe médica e até a presente data foram atendidos 68 pacientes.

Em maio de 2008 foi criado o Ambulatório de Avaliação Pré Operatória com objetivo de evitar internação antecipada para realização do pré anestésico e também para reduzir o risco de suspensão de cirurgias por conta de falta de condições do paciente. Isso resulta em economia de leitos/dia, segurança do paciente e melhor resultado para o hospital.

p) GGA 8.14 – Centro de Endoscopia

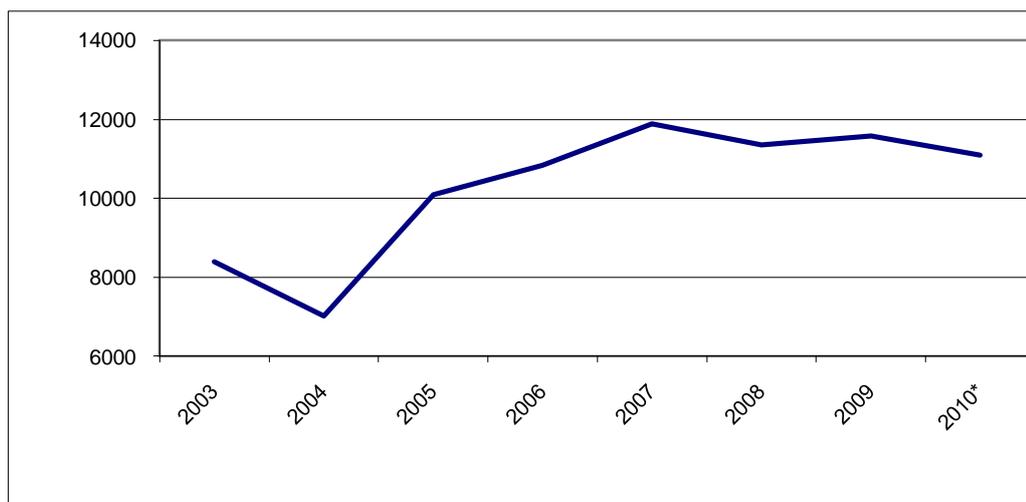
O Centro de Endoscopia a partir de fevereiro de 2010, após ampla reforma passou a funcionar na antiga área da Cirurgia Experimental, contando com as seguintes áreas:

- 7 salas de exames
- 2 salas de Recuperação
  - sala de Preparo para Exames
  - Salas de Desinfecção de Endoscópios
- Sala de Captação de Imagens
- Sala de Aula
- Arquivo
- Almoxarifado e armazenamento de endoscópios e equipamentos

Na ocasião foram contratados 5 técnicos de enfermagem, elevando o número de técnicos e auxiliares de enfermagem para 12 servidores, e mais 2 enfermeiros passaram a integrar o grupo. Atualmente são realizados exames de Endoscopia Digestiva Alta (Esofagogastroduodenoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, Ecoendoscopia), Endoscopia Digestiva Baixa (Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível), Endoscopia Respiratória (Broncoscopia), com finalidade diagnóstica e terapêutica.

O Centro ainda está funcionando parcialmente, e para ativar todas as salas com todas e todas as especialidades ainda será necessário contratação de funcionários e aquisição de equipamentos para que as Disciplinas de Cirurgia da Cabeça e do Pescoço e Otorrinolaringologia passem a realizar seus procedimentos na nova área.

**Gráfico 40:** Atendimentos no Centro de Endoscopia



q) Núcleo de Vigilância Epidemiológica

A partir de 2008, houve uma complementação da Equipe de Enfermagem do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, passando a ter três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e três oficiais administrativos, atuando na Vigilância do Campus e Unidade de Emergência.

O trabalho desenvolvido pela equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica consiste basicamente em:

- Realizar busca ativa diária em Unidades de Internação (UIETD, MI adulto e Infantil Centro de Terapia Intensivo, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Neurologia, entre outros Pronto Atendimento, Ambulatórios de Especialidades, Laboratório (sorologia, microbiologia).

- Realizar investigação epidemiológica de casos de doenças de notificação compulsória e agravos (casos de acidentes de transportes e outros traumas, violências domésticas, sexuais e outras),
- Proceder à análise dos dados epidemiológicos do SINAN\_SISTEMA de Informação de Agravos de Notificação
- Realizar treinamento, quando necessário, para alunos e profissionais de saúde
- Participar dos ambulatórios dos Viajantes, do MDR\_TB ambulatório de Tuberculose Infantil, atuando junto aos profissionais da área.
- Participar da elaboração de indicadores da área,
- Participar de reuniões, simpósios, fóruns de discussão promovidos pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), DRS, Secretaria Municipal de Saúde de RP entre outros.

r) Ambulatório de Investigação de Paternidade (IMESC)

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –HCRP-FMRP é um Centro de Alta Complexidade na região Nordeste do Estado de São Paulo e através do Hemocentro de Ribeirão Preto tem sido responsável pelo atendimento e coleta de exames de DNA por determinação judicial nos últimos 4 anos. Em função da necessidade de mudança do local deste atendimento, a Gerência Geral do Ambulatório propôs alternativas para a continuidade desta parceria entre HCRP-FMRP, Secretaria da Saúde e Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo.

Em setembro de 2010 iniciamos esta atividade contemplando o atendimento de 7 famílias/dia que por determinação judicial precisam realizar exames de DNA para verificar relação de parentesco. Esse é um atendimento com características particulares que envolvem muitas pessoas com interesses distintos e geralmente conflitantes, por exemplo: heranças, filhos fora do casamento e presidiários.

Para esta nova atividade foram contratados 2 auxiliares de enfermagem, além de capacitação de 4 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem e 1 oficial administrativo, devido a peculiaridade deste ambulatório.

s) Provas Funcionais do Sistema Digestório e Procedimentos em Hepatologia

A partir de 4 de outubro de 2010, iniciará o atendimento do Laboratório de Provas Funcionais, que atualmente acontece na enfermaria de Clínica Médica, quinto andar. O serviço contará com 3 auxiliares de enfermagem que serão transferidas deste serviço para o ambulatório e foi autorizado a contratação de um técnico de enfermagem.

A viabilização desta área foi possível pelo compromisso de várias disciplinas e Divisões da Clínica Médica e Cirurgia no sentido de otimizar o espaço físico que seria disponibilizado e também dispor de uma área adequada para as necessidades assistenciais, de ensino e pesquisa.

## **Perspectivas para o futuro**

Os servidores do ambulatório são responsáveis pela limpeza, desinfecção e preparo dos materiais/instrumentais utilizados nos diversos ambulatórios e estão sendo devidamente capacitados para realizar essa atividade conforme preconizado no manual de normatização da CCIH/ANVISA – Legislações e Grupo de Estudo de Reprocessamento de Artigos (GERA). O espaço físico onde são realizadas essas atividades não são adequadas, por não haver separação de salas e também não possuímos equipamentos adequados. Entendemos que o local adequado dessa prática seja numa área específica, estruturada e centralizada já existente que é a Central de Descontaminação

Pensamos também na possibilidade de centralizar a orientação de enfermagem, não mais existir uma orientação por balcão de atendimento. Após estudo, se chegarmos a conclusão que apenas uma orientação poderá não ser ideal, poderemos fazer duas orientações, uma para os pacientes do ambulatório 1 e outra orientação para os pacientes do ambulatório 2.

Outra proposta é a centralização das salas cirúrgicas e dos vários atendimentos de curativos que são realizados nos ambulatórios. Poderemos otimizar recursos humanos, materiais e equipamentos e assim reestruturar o serviço de enfermagem, alinhada ao Plano de Diretor do Ambulatório.

## 7. Satisfação do Cliente

Desde o ano de 2006 a GGA tem realizado pesquisa de satisfação dos clientes regularmente todos os anos. A pesquisa de Satisfação do Usuário do Ambulatório tem sido realizado no segundo semestre nos meses de agosto ou setembro. Geralmente são entregues cerca de 8.000 folhetos em todos os balcões de atendimento ambulatorial, durante uma semana. Os formulários preenchidos devem ser colocados em urnas distribuídas pelo Ambulatório, a avaliação dos resultados geralmente é feita com cerca de 15 a 20% dos formulários distribuídos, que é a taxa média de resposta que temos tido.

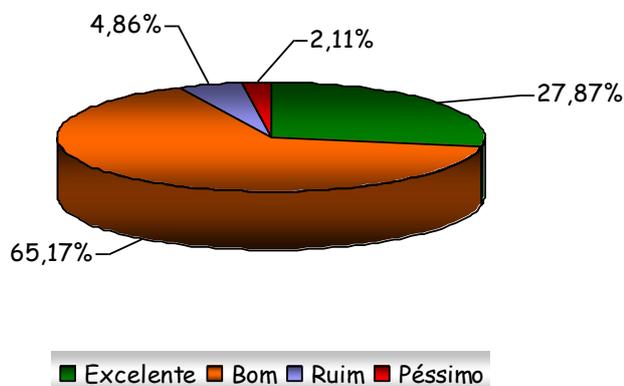
Os objetivos desta ação é medir a satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado pelos diferentes serviços oferecidos no Ambulatório do HCFMRP-USP, obtendo-se informações necessárias para analisar as opiniões e mensurar o grau de satisfação manifestado. A Pesquisa de Satisfação dos Usuários proporciona também, a identificação das prioridades, necessidades e deficiências que levarão à constituição de compromisso de melhoria contínua por esta Instituição.

**Tabela 16:** Distribuição percentual de formulários respondidos em 2009 por balcão.

Balcão Atendido	Frequência	Porcentagem
Amarelo	86	6,38%
Azul	317	23,50%
Laranja	59	4,37%
Marrom	50	3,71%
Ressonância Magnética	7	0,52%
Rosa	97	7,19%
UETDI	45	3,34%
Verde Escuro	119	8,82%
Verde-Claro	347	25,72%
Vermelho	222	16,46%
Total	1349	100,00%

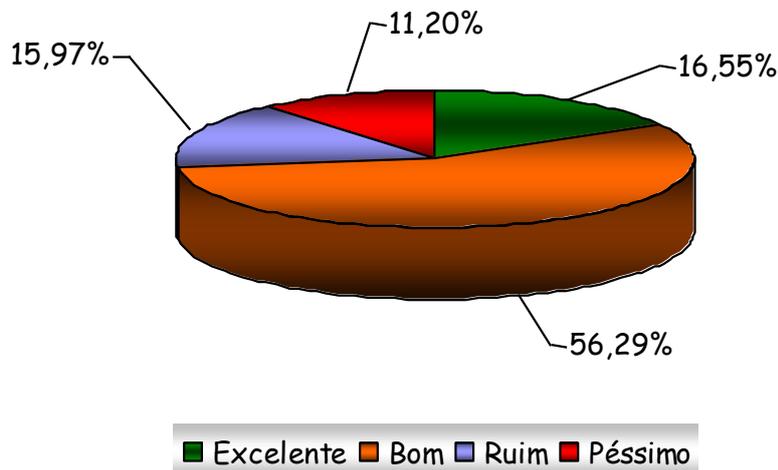
A seguir vamos apresentar os resultados da pesquisa de satisfação dos usuários de 2009, de cada uma das áreas do GGA e relativos ao atendimento médico.

**Gráfico 41:** Opinião dos Usuários Relativa ao Atendimento na Portaria (2009)

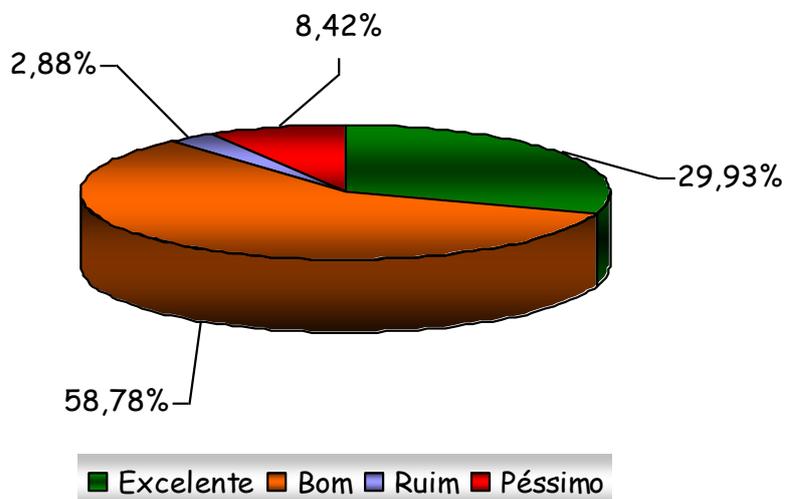


Como já citamos acima, até 2008 essa era uma área de grande conflito e problemas. Após as readequações feitas dentro do plano de humanização do atendimento do ambulatório tivemos uma expressiva melhora, que refletiu na pesquisa de satisfação e na redução do número de ouvidorias.

**Gráfico 42:** Percepção dos Usuários Relativa a Higiene e Limpeza (2009)

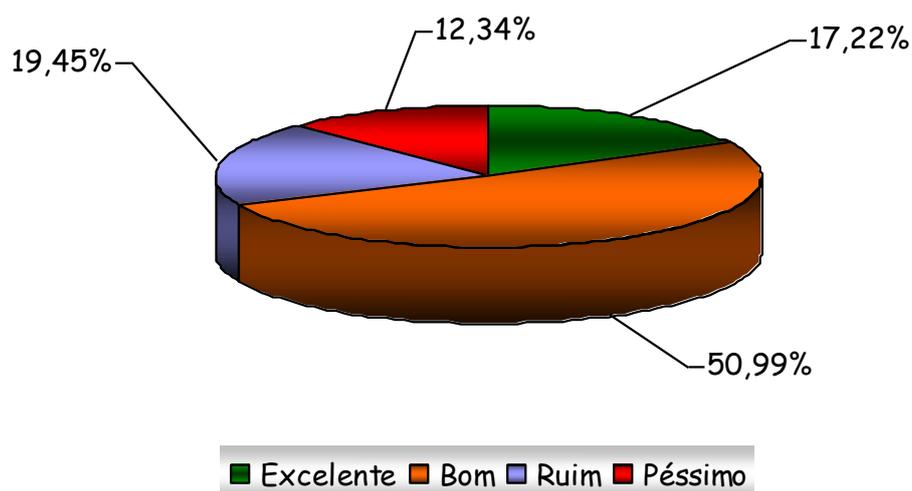


**Gráfico 43:** Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento dos Balcões (2009)



**Gráfico 44:** Percepção dos Usuários Relativa a Instalações Físicas (2009)

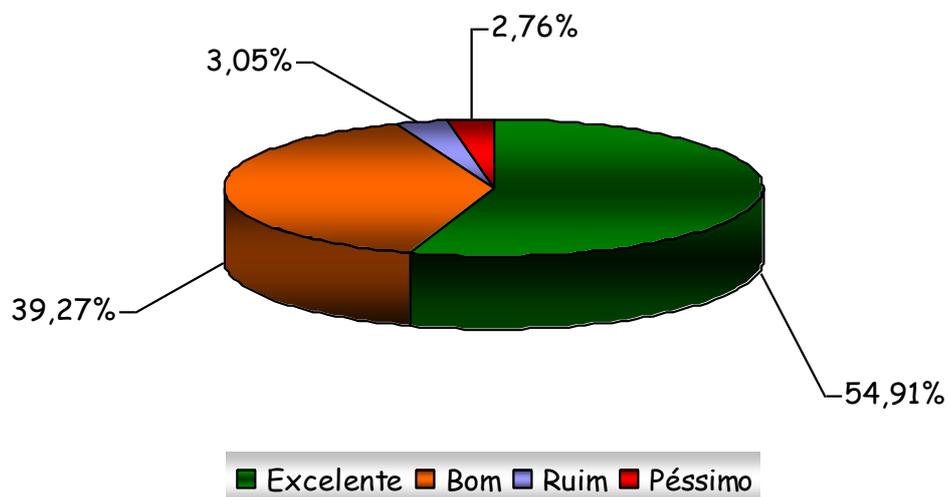
**Gráfico 8 - Instalações Físicas**



Este é um dos pontos com pior desempenho na pesquisa de satisfação dos clientes, que se queixam muito das condições do banheiros do ambulatório, inclusive a ausência de banheiros para portadores de necessidades especiais. Além disso existe muita queixa quanto ao excessivo calor nos ambulatórios.

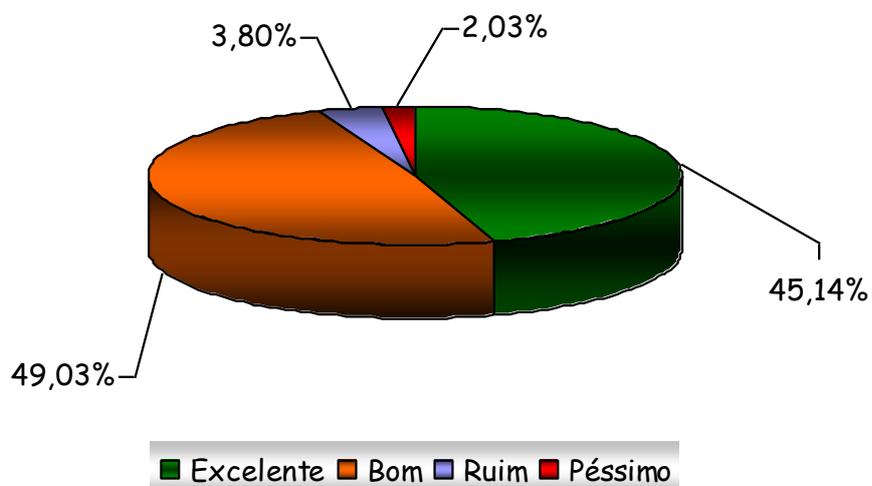
Nesta ano instalamos ventiladores em todos os corredores, até que tenhamos condições de viabilizar um plano de climatização com ar condicionado.

**Gráfico 45:** Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento Médico (2009)

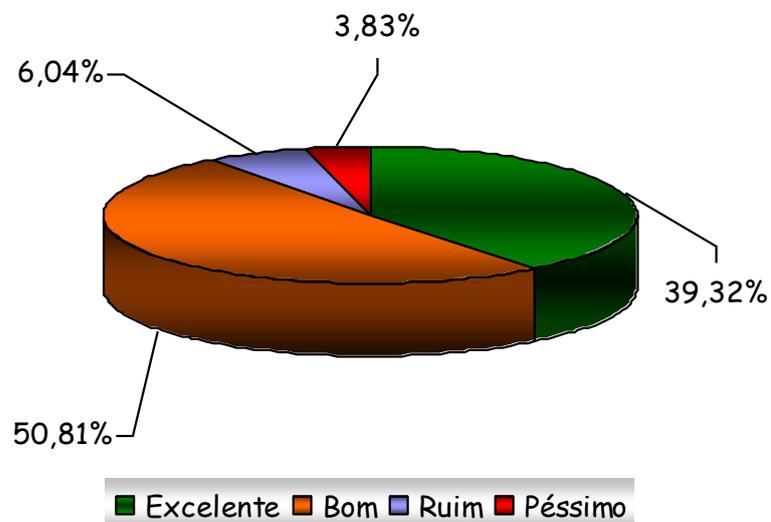


Importante observar que a percepção dos usuários em relação ao atendimento médico e de todas as outras profissões da saúde é muito bom. Mais de 90% consideram o atendimento bom ou excelente (Gráficos 53 e 54).

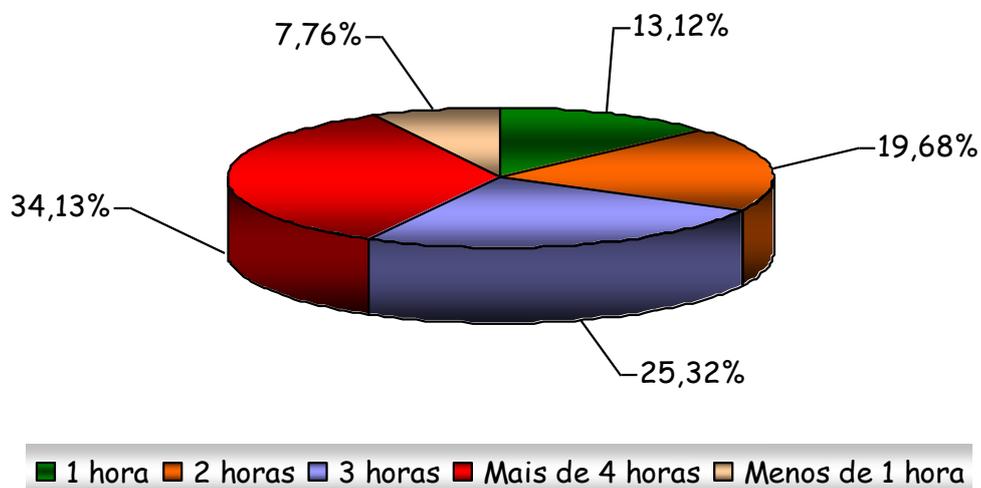
**Gráfico 46:** Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento de Enfermagem (2009)



**Gráfico 47:** Percepção dos Usuários Relativa ao Atendimento do Serviço Social (2009)



**Gráfico 48:** Tempo de Espera (em horas) para ser atendido



O tempo de espera e falta de agendamento por horários que respeite a ordem de chegada dos pacientes é uma das mais frequentes queixas de pacientes relativas ao processo de atendimento no ambulatório. Dentro do Plano de Humanização do Planejamento estratégico do HCRP, a GGA pretende implementar um modelo de atendimento que contemple essa questão do agendamento por horários.

## 8. Plano Diretor do Ambulatório:

A principal demanda que é feita ao GGA é por mais salas e espaços para criação ou ampliação de atendimentos. Essa é uma situação histórica e nos últimos três anos muitos pedidos foram feitos. Parte pode ser atendida, mas muitos não puderam ser viabilizados pois não há espaço suficiente para atender a todos os pedidos. Após a criação da GGA, após discussão com a administração decidiu-se pela contratação de um escritório de arquitetura especializado para elaboração de um Projeto de Plano Diretor para o Ambulatório do hospital.

O Plano Diretor de um hospital deve ser a antevisão das transformações futuras, de caráter físico e funcional, capaz de nortear e definir as linhas mestras das atividades e disponibilidades tais como acesso, circulação, integração, além de acompanhar a evolução e a transformação das tecnologias em saúde e propondo formas de incorporá-las ao hospital considerando suas necessidades.

Resumidamente, os princípios que devem ser considerados para a elaboração e execução de um Plano Diretor são: expansibilidade; flexibilidade, racionalização e humanização. Em arquitetura hospitalar entende-se humanização como a capacidade de “focar o bem estar de pacientes, funcionários e acompanhantes por meio de ferramentas que interagem com os órgãos dos sentidos do usuário”. Dentro do princípio da racionalização devemos considerar a ordenação e adequação de infra-estrutura que busque otimizar a utilização de recursos materiais, naturais e humanos. A flexibilidade pode ser física e funcional e tanto quanto possível devemos evitar ao máximo a especialização de ambientes. Ambientes flexíveis do ponto de vista funcional são aqueles que podem exercer funções diferentes em tempos diferentes, guiados sempre pela necessidade da demanda.

Finalmente temos o princípio da expansibilidade, o mais conhecido de todos, e que diz respeito a reformas ou construção de novas áreas visando sua expansão, que poderá ser tanto horizontal quanto vertical. Diante do crescimento da demanda observada nas últimas décadas, especialmente para o cuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas, degenerativas, doenças oncológicas, etc.,

Neste sentido o Plano Diretor dos Ambulatórios do HCRP foi uma das principais ações durante a existência da GGA e que desde que foi entregue tem servido de base para todas as discussões de reforma, ampliação e utilização do espaço dos

ambulatorios. Não cabe neste relatório incluir documentos do Plano Diretor, já que o mesmo é composto por uma série de documentos e plantas que estão disponíveis na GGA e na Arquitetura do HCRP. Recentemente a GGA, a pedido da Direção da FMRP-USP, fez uma série de apresentações sobre o Plano Diretor para toda a comunidade da Faculdade e também do HCRP (Anexo 1).

## **9. Gestão Estratégica do Espaço/Tempo no Atendimento Ambulatorial do HCRP**

Como citamos anteriormente, a gerência geral dos ambulatorios vem recebendo várias solicitações (a maioria legítima) para ampliação do número de consultórios e horários de atendimento ambulatorial já existente. Também são feitas solicitações para criação de novos ambulatorios de especialidades. Não raramente, diante das poucas alternativas de ampliação, a conclusão dos principais clientes internos do GGA (as equipes médicas) é de que a única alternativa possível seria a expansão horizontal (cada vez mais difícil por falta de área disponível) ou a expansão vertical do ambulatorio, já que essa é uma das possibilidades presentes no próprio Plano Diretor do ambulatorio do HCRP.

Desde 2008 estamos realizando estudos e coletando dados que acreditamos deverão ser o referencial para as futuras discussões sobre abertura de novos serviços, ampliação do número de salas para atendimento, e quem saber até revisão deste número para eventuais reduções, dependendo dos dados analisados.

Considerando o exposto, realizamos um trabalho para identificar potenciais indicadores que foram elaborados e testados no ano de 2008 para fornecer subsídios aos principais “tomadores de decisão” do HCRP (Conselho Deliberativo, Superintendência e Diretoria Clínica) e qualificar as discussões sobre o processo de ocupação e a real necessidade de expansão (atual e futura) da área dos ambulatorios do hospital.

Reconhecemos que as mudanças possíveis nem sempre serão aquelas desejadas, entretanto acreditamos que a obtenção destas informações e sua divulgação regular ao público interno do hospital poderá qualificar o debate sobre a ocupação racional do espaço/tempo disponível em uma área que juntamente com a Unidade de Emergência é responsável pela quase totalidade dos

atendimentos que geram internações, cirurgias e exames complementares da Unidade Campus do HCRP.

Assim, foram idealizados dois indicadores, um para avaliar a ocupação dos consultórios durante os dias úteis de trabalho e outro para identificar a produção de atendimentos para cada consultório em um período definido de tempo.

A coleta de dados para o cálculo da taxa de ocupação dos consultórios foi feita durante todo o mês de agosto de 2008, que foi escolhido por se tratar de um mês com poucos feriados e baixa incidência de congressos médicos, além de ser um período que poucos funcionários tiram férias, já que todos esses fatores poderiam interferir no cálculo do indicador.

Para tanto foi elaborada uma planilha “modelo” com todas as salas disponíveis e os dias da semana com período da manhã e tarde. A partir deste modelo elaboramos um “mapa” com a data, salas identificadas pelo número e os ambulatórios alocados para cada consultório, seu horário de atendimento conforme distribuição prévia baseada em critérios vários que resultou no que podemos denominar de situação atual de “loteamento” dos consultórios e horários no ambulatório. Vale ressaltar que não é foco deste trabalho emitir juízo de valor sobre a distribuição tal como está atualmente. Existe um histórico que certamente explica e justifica a situação de todas as clínicas que atuam nos ambulatórios do HCRP. Desta forma dispúnhamos de um mapa com as salas e horários das clínicas para todos os dias da semana.

Para a coleta de dados sobre a taxa de ocupação dos consultórios, seis funcionárias do GGA em esquema de rodízio foram orientadas a percorrer todos as utilidades (corredores) diariamente, de hora em hora, começando as 7:00 horas e terminando as 18:00 horas. Essa rotina foi repetida durante 4 semanas e a cada hora todos os corredores eram visitados e anotava-se na planilha (Sim ou Não) se havia ocupação de cada sala naquele momento.

A taxa de ocupação dos consultórios foi calculada a partir dos dados de ocupação anotados, considerando 4 horas por período (manhã ou tarde), divididos pelo número de horários disponíveis para aquela clínica na tabela de anotação. O resultado pode ser apresentado por corredor ou por especialidade. O resultado é visual e numérico e pode nos indicar como está sendo feita a ocupação das salas que estão alocadas para cada especialidade (Figura 15).

Algumas dificuldades operacionais para a coleta de dados foram observadas, tais como: a dificuldade para saber se quem está na sala é realmente médico da especialidade que tem a reserva da sala naquele momento; a dificuldade para avaliar atendimento em salas fechadas por longos períodos; dificuldade de análise das salas de atendimento conjunto (otorrino, oftalmo e CCP), onde vários pacientes são atendidos concomitantemente em uma área de dois ou três consultórios compartilhados; e as ausências de profissionais por férias ou congressos. Apesar destas limitações os resultados obtidos têm apresentado consistência quando apresentado às diferentes especialidades de maneira informal em reuniões com a gerência dos ambulatórios.

Além disso esse dado pode ser cruzado com os resultados obtidos no outro indicador sobre o número total de atendimentos semanais por especialidade e sua relação com o número de salas e horários disponíveis, que será descrito a seguir.

O coeficiente de utilização dos consultórios foi estabelecido dividindo o número médio de consultas realizadas na especialidade por semana, considerando-se 48 semanas por ano (excluídas 4 semanas de férias) pelo número de consultórios e por hora de atendimento. O coeficiente de utilização foi expresso pelo número de pacientes atendidos em média a cada hora e a cada período de 4 horas.

Entendemos que existe uma grande diversidade nas características de atendimento de cada clínica (cirúrgicas, com ou sem procedimentos, pacientes crônicos, idosos, com deficiência ou não, etc.) e isso certamente interfere no tempo de atendimento. Devemos também considerar que em um Hospital de Ensino a dinâmica de atendimento é diversa de serviços meramente assistenciais, especialmente se considerarmos a presença de casos novos, retornos e triagens, que demandam tempos distintos, bem como o profissional que realiza o atendimento (interno, residente, médicos assistente, etc.). Independente, destas considerações o cálculo do indicador pode nos dar uma idéia clara do tempo médio de uma consulta que na maioria das vezes é um retorno atendido por residentes e que via de regra não deveriam demorar mais que 40 minutos.

### **Resultados:**

Foram calculadas as taxas de ocupação de consultórios dos balcões 01 ao 10, multiprofissional, genética e consultórios da antiga cirurgia experimental. Observando os dados da planilha podemos obter as taxas de ocupação por utilidade (corredor) e para cada especialidade, por período e dia da semana.

Observamos taxas de ocupação que variaram de 10% a 120%, de acordo com a localização, o dia da semana, e a especialidade do ambulatório. Todos os dados referentes a agosto de 2008 estão disponíveis na gerência dos ambulatórios. A seguir apresentamos na figura 15 os dados de algumas utilidades para exemplificar o modelo e formato de apresentação dos resultados.

**Figura 17:** Dados coletados de dois dias e apresentados na planilha com a taxa de ocupação calculada no canto inferior esquerdo, das 8:00 às 12:00 e 14:00 às 18:00 horas. As áreas marcadas em laranja representam as salas ocupadas no momento da avaliação.

Dia Semana	3ª feira M							Dia	Dia Semana	3ª feira T							Dia
Utilidade	4							12/8/2008	Utilidade	4							12/8/2008
	Horários							Especiali//		Horários							Especiali//
	7	8	9	10	11	12	13		13	14	15	16	17	18			
Sala 01																	
Sala 03																	
Sala 05																	
Sala 07																	
Sala 09																	
Sala 11																	
Sala 13																	
Sala 15																	
Sala 17																	
Sala 19																	
Taxa Ocupação(8-12)		53%							Taxa Ocupação(14-18)		90%						

Dia Semana	2ª feira M							Dia	Dia Semana	2ª feira T							Dia
Utilidade	8							25/8/2008	Utilidade	8							25/8/2008
	Horários							Especiali//		Horários							Especiali//
	7	8	9	10	11	12	13		13	14	15	16	17	18			
Sala 12																	
Sala 14																	
Sala 16																	
Sala 18																	
Sala 20																	
Sala 22																	
Sala 24																	
Taxa Ocupação(8-12)		86%							Taxa Ocupação(14-18)		68%						

O exemplo mostra dados da utilidade um e oito, nos dias 12 e 25 de agosto de 2008, nos períodos da manhã e da tarde. Também podemos observar os consultórios disponíveis para atendimento (com números). A especialidade que fez o atendimento naquele momento foi suprimida, pois a motivo do trabalho não é tratar de casos específicos e sim apresentar o conceito.

O padrão observado acima é constante na maioria dos diferentes ambulatórios do HCRP. Uma parcela pequena de ambulatórios é subutilizada, com ociosidade

maior que 60%, e uma pequena parcela de ambulatórios apresenta taxas de ocupação maiores que 100% no período de quatro horas considerado, indicando que o atendimento avança no horário da tarde ou a clínica não conclui suas atividades antes das 18:00 horas, conforme previsto. A maioria dos ambulatórios, na média, utiliza 60 a 80% dos horários disponíveis. Mesmo sabendo que o atendimento em saúde não segue conceitos matemáticos, e que é necessário disponibilizar salas para estudantes atenderem, etc. etc., não temos como fugir da sinalização que esses indicadores nos trazem, de que “talvez” pudéssemos ajustar de forma ainda mais efetiva o número de salas e a demanda por assistência e ensino. De que forma? A mais simples seria utilizando o horário disponível na sua integralidade e não parcialmente como ocorre em grande número de casos. Outra possibilidade seria considerar a formalização de três turnos de atendimento ambulatorial, instituindo o turno intermediário como está sendo considerada para o ambulatório do HC Criança, que teria duração máxima de 3,5 horas por turno.

Qualquer que seja a opção haverá, inevitavelmente, embates para se garantir o espaço/tempo que cada especialidade julga ser preciso para atender suas necessidades. Tarefa árdua sem dúvida para o gestor, mas certamente não mais difícil que justificar novos investimentos em ampliações da área física para atendimento. Portanto, só faz sentido discutir e viabilizar propostas de ampliação de área física, após esgotarmos todas as possibilidades de utilização do espaço disponível de forma racional e obtendo o máximo retorno possível daquela área dentro das condições disponíveis naquele momento. A tabela 16 mostra os resultados do coeficiente de utilização de salas, medidos pelo número de consultas realizadas por semana, por sala, por hora ou a cada período de 4 horas (manhã ou tarde) para uma amostra dos ambulatórios do HCRP referentes ao ano de 2008.

Podemos observar que nesta pequena amostra de ambulatórios analisados no ano de 2008, encontramos variações no número de salas disponíveis e no número absoluto de atendimentos. A partir destes dados calculamos o indicador de número de atendimentos por sala, por hora para cada uma das especialidades além de podermos estimar o tempo médio de cada consulta. Considerando apenas os dados obtidos nesta amostra de ambulatórios podemos facilmente observar que existe uma grande variabilidade no número de atendimentos realizados por hora, por período e na estimativa de duração de uma consulta (resultado hipotético), considerando o tempo e número de salas disponíveis.

Observamos uma variação que vai desde menos de um atendimento por consultório, até mais de 28 atendimentos por sala por período de 4 horas. Obviamente existem diferenças nas características do cliente e do atendimento.

**Tabela 18:** Dados de 2008 referentes ao número de atendimentos, número de salas disponíveis para cada especialidade por semana e cálculo do coeficiente de atendimento por período de tempo (1 ou 4 horas) e por consultório. Última coluna mostra o tempo médio de duração de uma consulta nas condições apresentadas na tabela abaixo para cada especialidade

Sigla	Total atendimentos 2008	Consultórios/Semana	Média Atendimentos/Semana (48 sem)	Número Atendimentos/sala/ período de 4 horas	Número Atendimentos/sala/hora	Tempo estimado do atendimento (min)
CP7	1.436	10	29,92	3,0	0,7	80
NCI	1.096	4	22,83	5,7	1,4	42
DCO	2.418	7	50,38	7,2	1,8	33
ENI	2.599	17	54,15	3,2	0,8	75
MIA	391	1,5	8,15	5,4	1,4	44
GEA	120	1,5	2,50	1,7	0,4	144
DMI	581	3	12,10	4,0	1,0	59
EIM	203	2	4,23	2,1	0,5	113
EPI	2.062	6	42,96	7,2	1,8	34
FEN	222	2	4,63	2,3	0,6	104
NDA	57	2	1,19	0,6	0,1	404
NDE	386	7	8,04	1,1	0,3	209
NIN	2.484	7	51,75	7,4	1,8	32
ORL	7.181	6	149,60	24,9	6,2	10
OTI	641	1	13,35	13,4	3,3	18
RAI	46	2	0,96	0,5	0,1	501
RAL	238	2	4,96	2,5	0,6	97
ORTI	3.991	3	83,15	27,7	6,9	9
ADM	163	4	3,40	0,8	0,2	283
ARI	322	1,5	6,71	4,5	1,1	54
CAI	1.879	6	39,15	6,5	1,6	37
HEI	1.027	7,5	21,40	2,9	0,7	84
HEPI	486	3	10,13	3,4	0,8	71
MFV	75	2	1,56	0,8	0,2	307
MIB	684	9	14,25	1,6	0,4	152
PED	3.417	45	71,19	1,6	0,4	152
PNI	471	2	9,81	4,9	1,2	49
PQI	127	2	2,65	1,3	0,3	181
PQJ	305	11	6,35	0,6	0,1	415

Vários outros fatores poderiam também explicar tais diferenças e a Gerência Geral dos Ambulatórios espera poder identificá-los junto aos responsáveis pelos ambulatórios e assim ponderá-los na análise dos resultados. Fato é que, em algumas situações, as diferenças são difíceis de serem justificadas especialmente quando comparamos ambulatórios com características semelhantes de clientela e

complexidade. Não é objeto deste trabalho identificar todos esses fatores, nem tampouco criar qualquer tipo de constrangimento para os responsáveis pelos ambulatorios avaliados. Interessa-nos apresentar uma ferramenta de obtenção e análise de informações que possa ser reproduzida com segurança e apresentar consistência interna na produção de dados. Entendemos também que esses dados devem ser disponibilizados à comunidade interna do HCRP e deve compor os indicadores regulares do hospital, o que ficará muito mais fácil e natural quando os agendamentos de consulta, exames e os atendimentos estiverem sendo feitos de forma “informatizada” através do prontuário eletrônico do paciente. Essa nova rotina permitirá o acompanhamento da taxa de ocupação e número de atendimentos por consultório em tempo real.

Concluimos que mesmo depois de 60 anos da concepção e construção do prédio dos ambulatorios do HCRP e com a crescente demanda por atendimentos ambulatoriais especializados, a utilização deste espaço físico ainda é irregular e por vezes desequilibrada entre as diferentes especialidades. Mesmo levando-se em conta a vocação acadêmica do HCRP e o fato de ser referência regional de alta complexidade, levando a concentração de pacientes com situações clínicas mais complexas, fica difícil justificar um coeficiente de utilização menor que 4 atendimentos por sala a cada 4 horas. Na maioria das especialidades seria absolutamente razoável admitir um valor mínimo de 6 atendimentos a cada 4 horas. Atualmente esse não é resultado observado em um número considerável de ambulatorios do hospital, indicando uma provável ociosidade na utilização dos consultórios do ambulatório.

Reconhecemos as dificuldades para se discutir e rever distribuição de salas, dadas as circunstâncias históricas e da relação de poder existente entre os departamentos e entre as próprias especialidades. Entretanto, enquanto gestores e em grande medida responsáveis pelas políticas de investimentos dos recursos do Hospital, é obrigatório buscarmos informações para subsidiar as discussões e as decisões sobre esse tema na área dos ambulatorios do HCRP.

Finalmente, entendemos que qualquer projeto de expansão “horizontal” ou “vertical” somente poderá ser executado se for obrigatoriamente precedido pelo que estamos chamando de “EXPANSÃO RACIONAL”, que leve em conta a análise dos dados, as particularidades de cada serviço e fundamentalmente o princípio do melhor e mais eficiente uso dos recursos públicos que mantêm este hospital.

## 10. Gestão Estratégica da Demanda no Contexto Regional

Desde o início de sua atuação a GGA mantém estreito relacionamento com o gestor regional do Sistema de Saúde (DRS XIII), pois as vagas de primeira consulta dos ambulatorios estão disponibilizadas para as Regionais de Ribeirão Preto (75% do total), Araraquara, São João da Boa Vista, Franca, Barretos (20% do total de vagas) e Outras DRSs e outros Estados da Federação (5% do total de vagas). O fato é que das mais de 150 especialidades que o HCRP oferece para o Sistema de Saúde, algumas a oferta de vagas é insuficiente, outras as vagas suprem a demanda de forma justa ou com pouca folga e outras tantas existe uma demanda maior que a necessidade.

A oferta de vagas nem sempre está casada com a demanda do sistema, já que existe uma grande variação entre os municípios da Regional e as vezes o que está disponível em um não está disponível em outros tantos, gerando demandas variáveis para o HCRP, que deveria atender pacientes com casos que exigissem maior complexidade tecnológica e atendimento especializado. Um exemplo é o atendimento de oftalmologia. Existem municípios que tem oftalmologistas e somente encaminham casos complexos, previamente avaliados e com exames já realizados. Ao mesmo tempo, um município menor que não tem atendimento oftalmológico, encaminha ao HC pacientes com problemas simples que deveriam ser atendidos em ambulatorios secundários ou serviços de tratamento cirúrgico ambulatorial. Atualmente essa área está sendo revista para no sentido de organização para o atendimento das diferentes necessidades em diferentes prestadores, HCRP, HERP, UE e municípios pólos.

A informação sobre a taxa de agendamento em cada especialidade pode indicar para o gestor caminhos para adequação, tanto de revisão de oferta de vagas em áreas que estão diminuindo a demanda, ou de melhor aproveitamento de vagas que existe demanda e por alguma razão não estão sendo utilizadas pelos municípios. Ambas as situações geram ociosidade da capacidade instalada e merecem atenção no sentido de buscar melhor eficiência. É importante lembrar que como hospital de ensino e de Pesquisa o HCRP deverá manter serviços em diversas áreas, inclusive aquelas de menor demanda. Entretanto, é fundamental que essa informação, aliada aos indicadores de taxa de ocupação dos consultórios e do número de consultas realizadas/consultório ajudem os administradores do hospital nas tomadas de decisão, conforme vemos na Tabela 18.

**Tabela 18:** Especialidades com taxa de agendamento menor que 40%.

Especialidades com Agendamento < 40 % na DRS XIII				
Espec.	Nome Especialidade	Vagas Ofertadas	Vagas Agendadas	%
AMFC	AMB MULTIDICLIPLINAR FIBROSE CISTICA	35	0	0,0%
CPPB	CIRURGIA PLASTICA PÓS BARIÁTRICA	11	0	0,0%
HEPI	HEPATOLOGIA INFANTIL	35	0	0,0%
ALM	LESADO MEDULAR	78	0	0,0%
RADB	RADIOTERAPIA ( BRAQUITERAPIA )	21	0	0,0%
TF3	TRANSPLANTE DE FIGADO - CIRURGIA	72	0	0,0%
MSC	TRAUMATOLOGIA ESPORTIVA DO MEMBRO SUP.	66	0	0,0%
NDE	NEUROLOGIA DESENVOLVIMENTO	62	1	1,6%
ELA	ESCLEROSE LATERAL AMIOTROFICA	32	1	3,2%
EMU	ESCLEROSE MULTIPLA	32	1	3,2%
OICR	ÓRTESE INFANTIL E CADEIRA DE RODAS	26	1	3,9%
OPE	ONCOLOGIA PEDIATRICA	177	8	4,5%
RADS	RADIOTERAPIA SUPERFICIAL: ORTOVOLT./ BETAT)	21	1	4,8%
ADC	ASMA DE DIFICIL CONTROLE	83	4	4,8%
TF6	TRANSPLANTE DE FIGADO - CLINICA MEDICA	63	4	6,3%
MTA	MULTIDISCIPLINAR TRANSTORNOS ALIMENTARES	39	3	7,7%
OFG	GLAUCOMA CONGENITO	132	11	8,3%
DMI	DIST MOV INFANCIA	59	5	8,5%
CPLL	CIRURGIA PLASTICA LIPODISTROFIA	45	4	8,9%
TMOA	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA AUTÓLOGO	99	9	9,1%
NECO	NEUROCIRURGIA ONCOLOGICA	131	12	9,2%
LOA	ORTESE E AUXILIARES DE LOCOMOCÃO	170	16	9,4%
AMP	AMPUTADOS	177	17	9,6%
OFPL	PLÁSTICAS OCULARES	1.077	111	10,3%
GACO	GASTRO CIRURGIA ONCOLOGICA	147	16	10,9%
OFCO	OFTALMO CRISTALINO CONGENITO	158	22	14,0%
DPT	DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA	71	10	14,2%
CRM	RECONSTRUCAO DA MAMA E TUMORES PELE	69	10	14,5%
MAC	MANEJO DE COLON	106	16	15,1%
EPI	EPILEPSIA INFANTIL	169	27	16,0%
CLM	CLINICA MEDICA	56	10	18,0%
SID	SIND DE IMUNO DEFICIENCIA	171	31	18,1%
CHC	LESOES FOCAIS DO FIGADO	30	6	20,0%
TXBC	TOXINA BOTULINICA	68	14	20,7%
UPT	URO PRE TRANSPLANTE	66	14	21,2%
ACV	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	92	20	21,7%
CAT	CARDIO ARRITMIA	270	59	21,9%
RADT	RADIOTERAPIA TUMORES DE PELE ( CBC E CEC )	25	6	24,2%
OUV	UVEITE	138	38	27,5%
RPE	REUMATO PEDIATRICA	79	25	31,7%
GIP	GINECOLOGIA INFANTO PUBERAL	176	57	32,3%
ONO	ONCOLOGIA DA ORTOPEDIA	282	95	33,7%
GMM	GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE MELANOMA	47	16	34,4%
PCBE	PREVENÇÃO CÂNCER BOCA E ESTOMATOLOGIA	353	123	34,9%
UPT8	URO PRE TRANSPLANTE	126	45	35,7%
NCI	NEUROCIRURGIA INFANTIL	92	35	37,9%
		<b>5.528</b>	<b>904</b>	<b>16,4%</b>

**Tabela 19:** Especialidades com taxa de agendamento entre 40,1% e 80%.

Especialidades com Agendamentos entre 40,1% E 80% na DRS XIII				
Espec.	Nome Especialidade	Vagas Ofertadas	Vagas Agendadas	%
CGT	CIRURGIA GERAL E TORACICA	258	105	40,7%
CPL	CIRURGIA PLASTICA	518	215	41,5%
CAI	CARDIOLOGIA INFANTIL	353	154	43,7%
RINO	RINOLOGIA	72	32	44,4%
PED	PEDIATRIA	1.446	650	45,0%
GAC	GASTRO CIRURGIA	675	306	45,3%
ECG	ENDOCRINO DA GINECOLOGIA	308	146	47,5%
DOE	DOENCAS OCULARES EXTERNAS	522	269	51,5%
HEM	HEMATOLOGIA	318	164	51,6%
MIG	MOLESTIA INFECCIOSA GINECOLOGIA	180	99	55,0%
ONG	ONCOLOGIA GINECOLOGICA	345	191	55,4%
OFC	CRISTALINO	1.757	1.015	57,8%
VAS	VASCULAR	705	409	58,0%
ACT	AMBULATORIO CIRURGIA TORACICA	71	41	58,2%
HPA	HEPATITE	106	62	58,6%
MFV	MAL-FORMACOES VASCULARES	35	21	59,6%
MII	MOLESTIA INFECCIOSA INFANTIL	106	63	59,6%
CLD	DERMATOLOGIA	2.805	1.713	61,1%
DMTD	DOENÇAS MOTORAS DO TUBO DIGESTIVO	35	22	62,4%
CP4	CIRURGIA PEDIATRICA	104	67	64,7%
OBIN	OBESIDADE INFANTIL	65	42	65,1%
GCF	GASTRO CIR FIGADO	71	46	65,2%
ECA	ENDOCRINOLOGIA DA CRIANCA/ADOLESCENTE	360	239	66,4%
NECA	NEUROCIRURGIA - CABECA	165	114	69,1%
ORCI	ORTOPEDIA COLUNA INFANTIL	74	51	69,4%
EAH	ESTERILIDADE ABORTOS HABITUAIS	71	52	73,8%
MAM	MAMA MALIGNA	75	57	76,0%
GEN	GENETICA	207	158	76,3%
OTO	OTOLOGIA	69	53	76,8%
MI4	MOLESTIAS INFECTOCONTAGIOSAS	708	557	78,7%
URG	UROLOGIA GINECOLOGIA	1.055	834	79,1%
CCP	CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO	668	533	79,9%
		<b>14.301</b>	<b>8.480</b>	<b>59,3%</b>

Certamente temos especialidades que ofertam mais vagas que a necessidade que concentram-se na Tabela 18 e especialidades que certamente estão com vagas ociosas e que poderiam estar sendo utilizadas se houvesse uma ação pró-ativa dos gestores regionais e municipais para utilizá-las (Tabela 19). O fato é que a discussão está sempre concentrada nas especialidades que o HCRP tem menos vagas que o demandado (Tabelas 20 e 21). Conhecendo esses dados a gestão do HCRP deverá considerá-los nos momentos de decisão sobre ampliação de área física ou agenda para especialidades, contratação de médicos e equipe de saúde.

**Tabela 20:** Especialidades com taxa de agendamento entre 80,1% e 120%.

Especialidades com Agendamentos entre 80,1% E 120% na DRS XIII				
Espec.	Nome Especialidade	Vagas Ofertadas	Vagas Agendadas	%
PRON	PROCTOLOGIA ONCOLOGICA	141	118	83,7%
URL	URO LITHOSTAR	435	373	85,7%
CLI	CLIMATERIO	35	30	87,0%
MAB	MASTOLOGIA BENIGNA	311	279	89,6%
EXP	DOENCA EXTRA PIRAMIDAL	69	63	91,3%
OTN	OTONEUROLOGIA	72	66	91,7%
MAS	MASTOLOGIA ONCOLOGICA	660	612	92,7%
LVO	LAB DA VOZ	173	162	93,9%
CA6	CARDIOLOGIA	707	665	94,1%
CBA	CIRURGIA BARIATRICA	66	64	97,0%
IFE	INFERTILIDADE	108	105	97,2%
OIA	OBESIDADE INFANCIA E ADOLESCENCIA	66	65	98,5%
CLC	CIRURGIA GERAL	161	159	98,6%
GAM	GASTRO MEDICA	683	673	98,6%
PCD	PROBLEMA CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	71	70	99,3%
NIN	NEUROLOGIA INFANTIL	528	526	99,6%
IMU8	IMUNOLOGIA TRIAGEM	405	404	99,8%
HMG	HEMOGLOBINOPATIAS	63	63	100,0%
CN3	PA DE NEURO	1.343	1.364	101,6%
VHI	VASCULAR HIPERHIDROSE	35	36	102,1%
VAV	VASCULAR - VARIZES	338	347	102,8%
DEO	DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	679	698	102,8%
PNE	PNEUMOLOGIA ADULTO	407	419	102,9%
DOR	DOR	173	178	103,2%
MIGO	MOLESTIA INFECCIOSA OBSTETRICIA	169	175	103,7%
ORL	OTORRINO	2.105	2.211	105,0%
ORQ	ORTOPEDIA GERAL E QUADRIL ADULTO	180	190	105,6%
ENA	ENDOCRINO ADULTO	477	508	106,5%
OR5	ORTOPEDIA JOELHO	540	576	106,7%
ALE	ALERGIA	194	207	107,0%
NEM	DOENCAS NEUROMUSCULARES	123	132	107,3%
URF	UROLOGIA FEMININA	132	142	107,6%
ORMI	MAO E MICRO CIRURGIA INFANTIL	32	34	107,9%
URO	UROLOGIA	738	806	109,2%
NEA3	NEFROLOGIA PRIMEIRO ATENDIMENTO	246	269	109,3%
IMP	IMUNOLOGIA PEDIATRICA	126	138	109,5%
OF6	LENTE DE CONTATO	47	52	110,1%
HST	HEMOSTASIA	71	78	110,6%
PRO	PROCTOLOGIA	363	406	111,8%
HPB	HEPATITE B	19	21	112,0%
GDE	DOR PELVICA CRONICA	200	228	114,3%
URI	UROLOGIA INFANTIL	128	146	114,5%
GERI	GERIATRIA	144	165	114,6%
ORTI	ORTEPEDIA GERAL INFANTIL	77	90	117,6%
OFNO	OFTALMO NEURO ONCOLOGICA	57	68	119,3%
		<b>13.891</b>	<b>14.181</b>	<b>102,1%</b>

**Tabela 21:** Especialidades com taxa de agendamento > 120%.

<b>Especialidades com Agendamentos &gt; 120% na DRS XIII</b>				
<b>Espec.</b>	<b>Nome Especialidade</b>	<b>Vagas DRS XIII</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
GAR	GESTACAO DE ALTO RISCO	617	746	120,9%
EST	ESTERILIDADE	185	223	120,9%
RON	AMBULATORIO RONCO	108	133	123,1%
NUT	NUTRICAO	282	359	127,3%
PQT	TRIAGEM PSIQUIATRIA	128	165	129,4%
ACG	ANTI CONCEPCAO GINECOLOGICA	216	281	130,1%
ORP	ORTOPEDIA PE ADULTO	58	76	131,6%
IRA	INVESTIGACAO E REABILITACAO AUDITIVA	575	758	131,9%
OF7	ESTRABISMO	114	154	135,1%
NEC	NEUROCIRURGIA	169	241	142,8%
OCP	ONCOLOGIA CABECA E PESCOCO	176	253	143,5%
PRN	PRE NATAL	188	274	146,1%
PNO	PNEUMOLOGIA ONCOLOGICA	72	107	148,6%
CP7	CIRURGIA PEDIATRICA	169	270	160,0%
OFGL	GLAUCOMA	123	201	163,4%
OGLM	GLAUCOMA	22	36	165,5%
ORM	MAO E MICRO CIRURGIA	125	220	175,6%
OUR	ONCOLOGIA UROLOGICA	173	325	188,4%
OPRA	RETINA ASSISTÊNCIA	186	416	223,7%
PQI	PSIQUIATRIA INFANTIL	22	64	294,3%
OR3	ORTOPEDIA COLUNA VERTEBRAL	294	1.152	391,8%
		<b>3.999</b>	<b>6.454</b>	<b>161,4%</b>

## 11. Mutirões e Atividades Complementares da GGA

Com intuito de reduzir o tempo de espera para cirurgias e/ou consultas os mutirões são realizados desde de 2003. Para organização dos mutirões ambulatoriais e cirúrgicos são necessárias as contribuições de vários serviços deste hospital como: arquivo médico, agendamento, enfermagem, portaria, serviço social e apoio gerencial.

### a) Mutirões realizados de 2003 a 2010

- **2003** – Catarata e Campanha de Prevenção do Câncer da Pele;
- **2004** – Cirurgias Pediátricas, Oftalmologia Infantil, Detecção Hanseníase, Biópsias Tireóide por Ultrassom, Ressonância Magnética, Campanha de Prevenção do Câncer da Pele;
- **2005** – Catarata, Cirurgias Pediátricas, Cirurgia Vascular e Angiologia, Gastrocirurgia, Ginecologia (endoscopia), Investigação de Paternidade, Mamografia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia – Oculoplástica, Ortopedia – Joelho, Ortopedia Pediátrica, Otorrinolaringologia e Campanha de Prevenção do Câncer da Pele;
- **2006** – Otorrinolaringologia, Campanha de Prevenção do Câncer da Pele, Ultrassom de Abdômen, Campanha de Catarata e Visual do Idoso;
- **2007**- Cirurgia Pediátrica, Densitometria Óssea, Campanha de Prevenção do Câncer da Pele, Investigação de Paternidade, Mamografia e Campanha Visual;
- **2008** – Cardiologia, Mamografia e Campanha de Prevenção do Câncer da Pele, Campanha de Prevenção do Glaucoma, Campanha "Respire pelo Nariz e Viva Melhor", Campanha da Voz;
- **2009** - Órteses e Aparelhos de Locomoção, Densitometria Óssea, Ressonância Nuclear Magnética, Mamografias, Oftalmológico de Campo Visual, Nutrologia, Investigação de Paternidade, Campanha de Prevenção do Glaucoma, Campanha da Voz;

- **2010** – Alergia Respiratória Adulto, Mamografia, Densitometria Óssea, Ressonância Nuclear Magnética, Campanha da Voz.

b) Avaliação de Desempenho Clínico (Graduação da FMRP e Residência HCRP)

Desde 2004 a diretora de enfermagem do ambulatório participa junto com o Coordenador da COREME da organização e realização da Prova Prática de Residência Médica.

Desde 2009 auxiliamos na Avaliação Terminal para os estudantes do 6º ano FMRP, que utilizam salas do ambulatório para a realização prova prática com intuito de avaliar desempenho clínico.

c) Planejamento Estratégico do HC Criança:

Desde de 2007 esta gerência contribui com dados estatísticos e expertise em atendimento ambulatorial no planejamento e direcionamento do HC Criança. Foram levantados os atendimentos ambulatoriais da população menor que 18 anos divididos por diversas especialidades existentes no ambulatório geral. Outra atividade realizada foi elaboração do quantitativo de materiais permanentes necessários e funcionais, considerando como referência os dados SomaSUS e a realidade dos ambulatórios.

d) Acesso viário ao HCRP

Esta gerência em parceria com a administração tem contribuído com a melhoria contínua do acesso ao ambulatório, desta forma foi melhorado o fluxo externo e interno de pacientes e acompanhantes. Em relação ao fluxo externo foi reformada a rua de acesso ao ambulatório e readequação do fluxo de trânsito de carros particulares, ônibus, ambulâncias, micro-ônibus. Tais melhorias possibilitaram na criação estacionamento próprio para embarque e desembarque dos clientes que utilizam ônibus intermunicipais e interestaduais; 30 vagas de estacionamento livre; reorganização do estacionamento privativo com definições de utilização: altas hospitalares, portador de necessidades especiais, autoridades e alguns casos que são definidos pela segurança, de acordo com disponibilidade de vagas.

e) Relacionamento com motoristas de outros municípios

Como umas das ações de melhoria do fluxo interno foi disponibilizado aos motoristas de outros municípios, na entrada do ambulatório um terminal de computador que possibilita a verificação do status do paciente e local de atendimento, evitando fluxo de pessoas

aos ambulatórios, além de possibilitar organização do transporte dos munícipes em consulta ou procedimento.

## **12. Representações em Comissões e Conselhos**

### **a) No HCRP**

- Equipe Gestora do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
- Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
- Conselho Gestor de Tecnologia da Informação do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
- Comitê Assessor de Qualidade para coordenar o projeto de implantação do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) no Hospital das Clínicas da FMRP-USP.
- Subcomitês da Qualidade vinculado ao Comitê Assessor de Qualidade
- Comissão Permanente de Avaliação do Convênio do Hospital de Ensino (CPAC)
- Conselho Gestor do Centro de Endoscopia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

### **b) Externos ao HCRP**

- Desde 2007 o gerente dos ambulatórios é membro da Comissão de Análise de Solicitações de Medicamentos Judiciais que é composto por membros da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, da DRS XIII, da Promotoria e Fazenda Pública do Estado de São Paulo.
- Desde 2005 o gerente do ambulatório é o representante do HCRP no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

### 13. Publicações Relativas aos Ambulatórios:

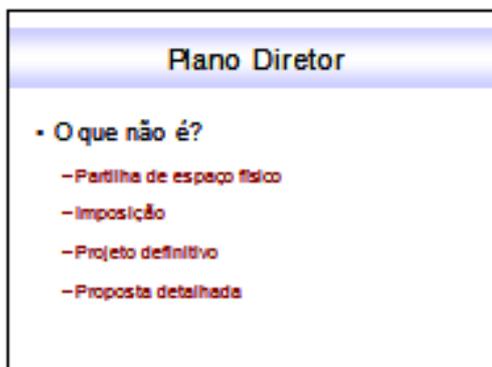
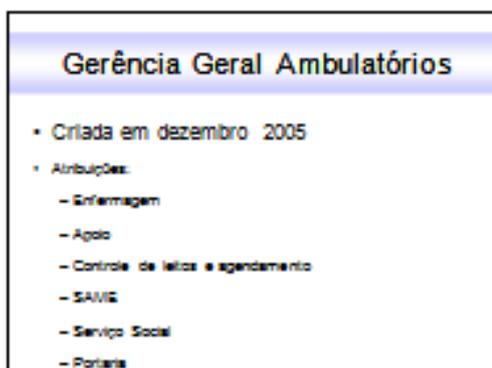
a) Revista Qualidade HC de 2009:

- Bollela VR, Kaneshiro ALH, Zana APB, Franco BB. Ambulatório: expansão vertical ou horizontal? o papel de indicadores na toada de decisão. p.145 - 150, 2009
- Abramovicius AC, Tanaka NYY, Bollela VR. A inserção de profissionais do HCFMRP-USP na Comissão de Análise de Solicitações Especiais, contribuindo na gestão pública. Revista Qualidade HC. Ribeirão Preto SP, p.238 - 240, 2009
- Carvalho RAO, Peria FM, Carvalho E, Bollela VR. Estruturação do atendimento para Pacientes Oncológicos. p.66 - 68, 2009.
- Carraro DC, Bollela VR, Carvalho E, Carvalho RMF, Kaneshiro ALH. Reestruturação da recepção de visitantes e acompanhantes de pacientes internados. p.104 - 109, 2009.
- Franco BB, Paschoalin RM, Bollela VR. Paciente Cidadão: Ações para garantir o acesso a direitos. p.101 - 103, 2009
- Carvalho E, Kaneshiro ALH, Bollela VR. Gestão de processos focando retornos e faltas. p.175 - 178, 2009
- Santos RB, Chaves SR, Bollela VR. Adequação de Estrutura de processos de trabalho do serviço de arquivo médico, visando a melhoria da qualidade do HCFMRP-USP. p.169 - 171, 2009
- Melo AF, Kaneshiro ALH, Franco BB, Carvalho E, Carvalho RAO, Bollela VR. Qualificação do Acesso ao ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Ribeirão Preto - USP. p.97 - 100, 2009.

b) Monografias e Trabalhos de Conclusão de Cursos:

- Monografia submetida e aprovada em 2010, para obtenção de Título de Especialista em Administração Hospitalar com o título: **Prontuário eletrônico do paciente (PEP): Caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)**. Trajetórias, Desafios e Escolhas. **Autor:** Valdes Roberto Bollela.
- Trabalho de Conclusão de Curso submetido e aprovado em 2010, para obtenção de Título MBA em Gestão Hospitalar com título: **Análise comparativa do custo x benefício entre o prontuário médico em suporte de papel e o prontuário eletrônico do paciente no âmbito do HCFMRP-USP**. **Autores:** Ana Rita Ancine, Eduardo Lopes Seixas, Marcel Franciosi, Marcus Vinícius A. dos Reis, Rosangela Bertolini dos Santos.
- Trabalho de Conclusão de Curso submetido e aprovado em 2010, para obtenção de Título Gestor de Pessoas com título: **Proposta de Avaliação para colaboradores com perfil de Liderança**. **Autores:** Elias de Carvalho, Rosemeire Ap. O. Carvalho, Rosangela M. F. Carvalho, Alexandra C. Abramovicius, Adriana G. T. Santos, Fernanda M. Peria.
- Trabalho de Conclusão de Curso submetido e aprovado em 2009 de Título Gestor de Pessoas com título: **Relato de experiência sobre a gestão compartilhada implantada na unidade de emergência**. **Autores:** Ana Paula Pereira, Edna M. C. Vedolin, Eni F. Pinho, Ivan C. Silveira, Maria E. Menegucci e Maria J. Gilbert.

## Anexo1: Apresentação do Plano Diretor do Ambulatório Comunidade HCRP.



### Plano Diretor do HCRP

- Em que se baseou:
  - Levantamento de necessidades
  - Coleta de dados
  - Definição de problemas
  - Dificuldades
  - Ciclicidade
  - Prejuízos ao desempenho

Reuniões com as equipes Médicas e do Ambulatório

### Plano Diretor

- Eixos essenciais:
  - Expansibilidade
  - Flexibilidade
  - Racionalização
  - Humanização

### Plano Diretor

#### 1. Expansibilidade

- Expansão (novas construções)
  - Expansão horizontal
  - Expansão vertical
- Remoções ou reformas

### Plano Diretor

#### 2. Flexibilidade

- Flexibilidade física
  - Modulação
  - Padronização de estruturas, calçadas
  - Paredes e forros removíveis

### Plano Diretor

#### 2. Flexibilidade

- Flexibilidade funcional
  - Ambientes flexíveis do ponto de vista funcional (executar funções diferentes em tempos diferentes) guiados pela necessidade da demanda
  - Evitar ao máximo a especialização de ambientes

### Plano Diretor

#### 3. Racionalização

- Acessos diferenciados
  - Reordenar acesso ao hospital:
    - Entrada Principal
    - Alameda
    - Coleta de Exames
    - Exames/ Terapias/ H. Dia/ COT
    - CCA
  - Reorganizar acesso ao hospital (vias públicas)

## Plano Diretor

### 3. Racionalização (princípios básicos):

- Princípio da Centralização
  - Atividades e processos (quais devem ser centralizados, ex.: Recepção central, administração, Controle de livros, etc.
- Princípio da Compactação
  - Aproximar as responsabilidades inerentes funcionalmente
    - (ortopedia/neurologia + acamada)
    - recepção gerodagógica e exames ambulatoriais com (Canal de gineco, radiografia diálise, endoscopia)

## Plano Diretor

### 4. Humanização

- Arquitetura entende humanizar como "fazer o bem estar de pacientes, funcionários e acompanhantes por meio de ferramentas que interagem com os órgãos dos sentidos do usuário":
  - Visual: iluminação, uso de cores
  - Tátil: formas, acústica, ventilação e controle de temperatura
  - Térmica: temperatura ambiente
  - Pá direito alto (como no arlun)

## Plano Diretor HCRP

- O que já foi feito?
- Quais os próximos passos?

## Plano Diretor Ambulatório

- Expansão
  - Momento atual ( ver planta)
    - Radioterapia (1ª obra do PD)
    - Reforma RNM - radiodiagnóstico
    - Endoscopia
    - Prédio de acesso para ambulâncias/ecamados + Coleta + SAMSP

## Plano Diretor Ambulatório

- Reformas (áreas a serem desocupadas)
  - Clínica Civil e Convênios (libera 2 áreas)
  - Farmácia de Alto Custo
  - Ambulatórios que vão para o HC Criança (70)
  - Arquivo de Rolo X

## HC Criança

- Planejamento dos ambulatórios já está concluído
- + 40 consultórios para clientes < 18 anos
- Planejamento Estratégico será realizado em 2010 (Setembro)
- Previsão de Início: 2012

### Plano Diretor

#### Racionalização

- Reordenar acesso ao hospital (interno)
- Reorganizar acesso ao hospital (vias públicas)

### Acesso ao Hospital



A map showing the layout of a hospital campus. Red crosses are scattered across the top right portion of the map, indicating specific locations or points of interest. Four green arrows with orange outlines point from the bottom edge of the map towards the interior of the hospital campus, suggesting access routes.

### Acesso ao Hospital



A map of a hospital campus with several colored arrows pointing to different areas. A blue arrow points to the left side, a purple arrow points to the top center, a green arrow points to the bottom right, and a yellow arrow points to the bottom right corner. The map shows various buildings and courtyards.

### Acesso – vias públicas



A photograph showing a paved road leading towards a large, light-colored hospital building. The road is flanked by a sidewalk and a grassy area. A stop sign is visible on the right side of the road.

### Acesso – vias públicas



A photograph showing a paved road leading towards a large, light-colored hospital building. The road is flanked by a sidewalk and a grassy area. A stop sign is visible on the right side of the road.

### Acesso – vias públicas



A photograph showing a paved road leading towards a large, light-colored hospital building. The road is flanked by a sidewalk and a grassy area. A stop sign is visible on the right side of the road.

### Acesso – vias públicas



### Acesso – vias públicas



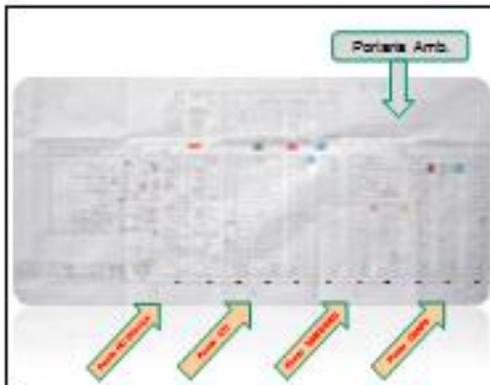
### Acesso – vias públicas

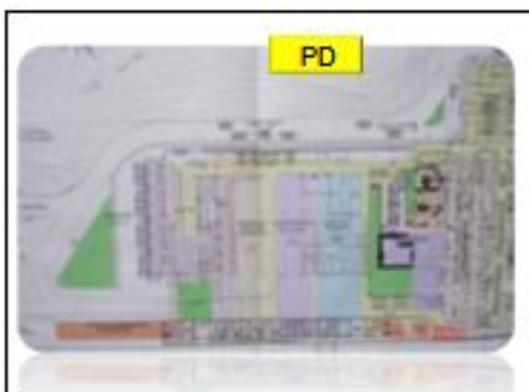
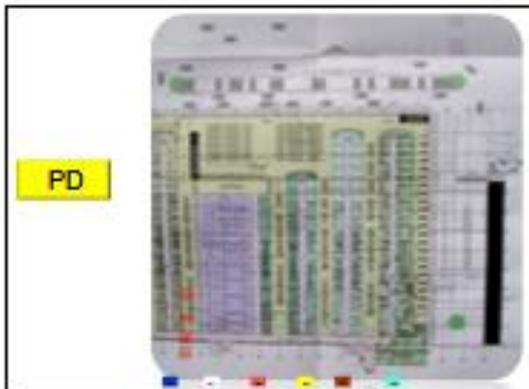


### Plano Diretor

#### Expansibilidade

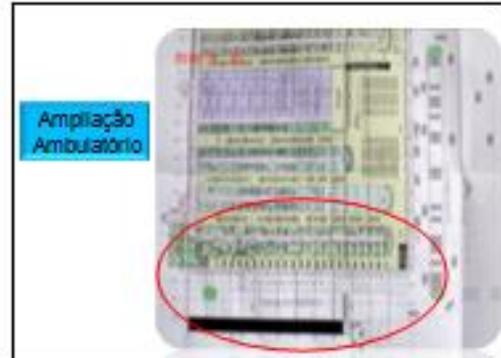
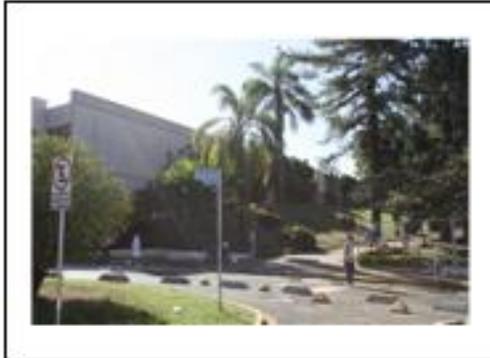
- Expansão (novas construções)
- Remoções ou reformas





### Plano Diretor

- Ampliação Ambulatório
  - Acesso Ambulâncias
  - Coleta
  - SAMP



Ampliação Ambulatório: Acesso amb



Ampliação Ambulatório: Coleta - SAMSP



Expectativas infinitas, possibilidades finitas



Expectativas infinitas, possibilidades finitas