

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO
ESTRATÉGICA EM SAÚDE

Walter de Campos Nunes Filho

UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE - UMA ALTERNATIVA?

Porto Alegre
2006

Walter de Campos Nunes Filho

UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE - UMA ALTERNATIVA?

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2006

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais pelo exemplo de vida e respeito às pessoas,

A minha Esposa pelo companheirismo e cumplicidade e,

A meus Filhos por acreditar na continuidade e renovação.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bordin por sua disponibilidade e objetividade,

A Enf. Adriana Centeno pela colaboração nas informações e,

A colega Magda Assis por seu espírito de integração e coleguismo.

“A gente pensa uma coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa... e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita”.

Mário Quintana

RESUMO

A acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde compreende uma série de fatores que implicam em agentes facilitadores ou limitadores a este acesso. A partir da observação do trabalho desenvolvido pela Unidade Móvel de Saúde de Canoas, no período de 2000 a 2005 e, levando-se em conta que a capacidade de atendimento não atingiu seu potencial de utilização, em razão de restrições técnico-operacionais, o que muitas vezes limitou os deslocamentos, os resultados apresentados nos possibilitam afirmar que a partir de um planejamento estruturado nas necessidades dos usuários, em consonância com as potencialidades e especificidades da equipe técnica no desenvolvimento de programas essenciais e específicos, a Unidade Móvel de Saúde pode ser uma alternativa paliativa, pontual e transitória nas situações que envolvam áreas de risco, populações em situação de vulnerabilidade social e em casos de calamidade ou que promovam risco de agravo à saúde coletiva.

Unitermos: Acessibilidade; Gestão em saúde; Planejamento em saúde; Serviços de saúde.

ABSTRACT

The accessibility from users to health services includes several factors that may be easily or restrict this access.

Observing the actions developed by the Mobile Health Unit from Canoas-RS, between the years of 2000 and 2005, it is possible certify the limits of this services had not been reached, caused by technical or operating problems. The results shows that a structured planning according to the users needs and a technical team, able to develop specific programs, the Mobile Health Units can be a transitory alternative in several cases of risk areas, social vulnerability, calamities or situation that's offers high risk of worsen the collective health.

Uniterms: Accessibility; Health Planning; Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Unidade Móvel de Canoas.....	15
Figura 2 – Unidade Móvel de Canoas.....	16
Figura 3 – Acesso de pacientes.....	17
Figura 4 – Recepção e acolhimento.....	18
Figura 5 – Pré-consulta	19
Figura 6 – Consultório Médico	19
Figura 7 – Consultório Médico	20
Gráfico 1 – Consultas realizadas em Clínica Médica no período de 2000 a 2005....	20
Gráfico 2 – Consultas realizadas em Pediatria no período de 2000 a 200.....	21
Gráfico 3 – Consultas realizadas em Odontologia.....	21
Gráfico 4 – Consultas realizadas em Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no período de 2000 a 2005.....	22
Figura 8 – Clínica Médica	23
Figura 9 – Odontologia.....	23
Figura 10 – Odontologia.....	24
Figura 11 – Dispensação de medicamentos.....	24
Figura 12 – Dispensação de medicamentos	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2000.....	34
Tabela 2 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2001.....	34
Tabela 3 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2002.....	34
Tabela 4 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2003.....	35
Tabela 5 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2004.....	35
Tabela 6 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2005.....	35
Tabela 7 – Atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia entre 2000 e 2005.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UMS	Unidade Móvel de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE.....	14
2.1 UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE DE CANOAS	14
3 DISCUSSÃO	26
4 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	33
ANEXO 1 – TABELAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Baseado neste preceito constitucional, a legislação a partir daí buscou ajustar-se a esta determinação. A Lei 8080/90 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), no Capítulo II, artigo 7, estabelece que a atenção à saúde deva estar apoiada na equidade, integralidade e no acesso universal aos serviços de saúde.

O que se observa, entretanto, é que apesar destes impositivos legais, a população, no que diz respeito à acessibilidade, ainda está longe de alcançar este objetivo. Diversos são os fatores que dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde.

O acesso dos indivíduos aos serviços de saúde é um indicador para avaliação dos processos de aplicação do planejamento e programação dos serviços de saúde, permitindo estabelecer uma relação entre as necessidades e as aspirações da população em termos de 'ações de saúde' e a oferta de recursos para satisfazê-las. Esta acessibilidade se dá em diversos aspectos: acessibilidade geográfica, cultural ou econômica, entre outros (FEKETE, s.d.).

A dificuldade geográfica de acesso aos serviços é a primeira limitação que normalmente nos ocorre. As distâncias existentes entre a residência e as unidades de saúde ou serviços aos quais os usuários necessitam aportar; a qualidade das vias de acesso, como calçamento, adequação de estrutura para pacientes portadores de deficiências ou cadeirantes, entre outros, são fatores que limitam o acesso.

A qualidade dos serviços e a forma de prestação destes serviços, no que diz respeito à atenção dispensada aos usuários por servidores e funcionários, é algo que pode refletir incisivamente na busca destes serviços.

Os serviços ofertados podem não corresponder às necessidades dos usuários, o que faz diminuir as expectativas quanto à solução dos problemas de

saúde, limitando e provocando um afastamento destes usuários em busca por atendimento em situações posteriores.

O acesso aos serviços também poderá ser efetivo ou não se considerarmos que estes se encontram disponíveis no momento e lugar que o usuário necessita. A forma de ingresso no sistema está também relacionada à acessibilidade.

O grau de satisfação do usuário em relação aos serviços oferecidos ou utilizados é uma forma de avaliarmos este quesito.

Diferenças e peculiaridades culturais, tabus, hábitos arraigados, baixo nível de escolaridade, são fatores que influem sensivelmente no acesso destas populações aos serviços.

Segundo Donabedian:

A prova do acesso consiste na utilização de um serviço e não simplesmente na existência do mesmo. Desta maneira, o acesso pode ser medido pelo nível de utilização em relação às necessidades. Devemos reconhecer, entretanto, que a valorização que fazem os clientes difere daquela que realizam os profissionais. Além disso, é preciso distinguir dois componentes na utilização do serviço: o 'início' e a 'continuidade'. Isto se deve porque existem diferentes fatores que podem influenciar a cada um dos componentes, embora cada fator isoladamente possa afetar a ambos. É desnecessário assinalar que as barreiras que se interpõem ao acesso não são somente de natureza econômica, mas também psicológica, informativa, social, organizativa, espacial e temporal, entre outras (apud ADAY; ANDERSEN, 1992, p. 612).

Face a todas as peculiaridades que envolvem o ingresso e continuidade de atendimento em saúde, principalmente no que diz respeito à acessibilidade, buscamos analisar de forma objetiva, a partir do número de atendimentos realizados pela Unidade Móvel de Saúde de Canoas, a possibilidade de que a Unidade Móvel de Saúde (UMS) possa ser uma alternativa possível como forma de estender a atenção básica de saúde às populações, que por diversas razões, estão alijadas do SUS.

É importante salientar que informações a respeito de ações desenvolvidas por unidades móveis de saúde, referentes à atenção básica são bastante escassas, não se encontrando material específico que faça referências detalhadas de atividades nessa modalidade de prestação de serviços. Encontramos com certa frequência

artigos e relatos de trabalhos desenvolvidos em Unidades Móveis focados em ações específicas como em Oftalmologia, Vigilância Sanitária, Banco de Sangue, Odontologia, etc.

Por esta razão nosso trabalho será desenvolvido a partir da observação das atividades da Unidade Móvel de Saúde, tendo como objetivo demonstrar os resultados das ações desenvolvidas pela UMS considerando fatores de acessibilidade a atenção à saúde no município de Canoas.

Os dados referentes às diversas atividades realizadas pela UMS de Canoas foram obtidos a partir das planilhas de atendimentos diários e relatórios mensais no transcorrer do período delimitado entre 2000 e 2005, nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia, conforme expresso nas tabelas e gráficos apresentados nesta exposição.

2 UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até setembro de 2006, encontram-se cadastradas oitocentas e dezesseis Unidades Móveis Terrestres, em todo o território nacional. Destas, duzentas e trinta e seis unidades desenvolvem atenção pré-hospitalar em urgência e emergência. O número de Unidades Móveis de Saúde que contam com atenção básica soma duzentos e seis unidades.

O Estado do Rio Grande do Sul possui trinta e seis Unidades Móveis de Saúde distribuídas em trinta e três municípios, sendo que os municípios de Bagé, Santa Cruz do Sul e Viamão possuem duas Unidades Móveis cada um. Em nosso estudo consideramos somente Unidades Móveis de Saúde que possuem profissionais cadastrados, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), independente de seu vínculo empregatício, bem como a presença de pelo menos um médico, clínico geral, pediatra ou médico geral comunitário na equipe de saúde. Nos municípios gaúchos, vinte e cinco Unidades Móveis contam também com odontólogo, além de médico e da equipe de enfermagem. Onze unidades possuem somente médico na atenção básica.

2.1 UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE DE CANOAS

O município de Canoas está situado na região metropolitana de Porto Alegre-RS. Possui uma população estimada em 329.174 habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2005.

Canoas, como quarta maior cidade do Estado do Rio Grande do Sul em densidade populacional, possui diferentes grupos e aglomerados populacionais, distribuídos em áreas distintas e com características específicas. Apesar de estar constituída basicamente por zona urbana, segundo critérios do IBGE, possui uma

população que habita na outrora considerada área rural do município, próxima às margens do Rio Gravataí, ao logo de sua passagem pelo município. São oriundos de municípios do interior do Estado, principalmente. Em outras áreas, populações migrantes, que ocupam terrenos invadidos, e que se estabeleceram no município em busca de melhores condições de vida e de trabalho, pela proximidade com a Capital e com municípios vizinhos de características industriais.

Dados oficiais do município de Canoas indicam que o município possui uma estrutura pública de atenção à saúde que conta com vinte e quatro Postos de Saúde na atenção primária, com atendimento em Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia; serviços de atenção secundária, com atenção em Saúde Mental, Saúde da Mulher, Centro da Visão, Consultas Especializadas, Vigilância em Saúde e Saúde do Trabalhador; o Hospital Nossa Senhora das Graças com trezentos e oitenta sete leitos para atendimento do SUS, o Hospital de Pronto Socorro para atendimento de urgências e emergências e uma Unidade Móvel de Saúde.

A Unidade Móvel de Saúde de Canoas é constituída de um consultório para atendimento odontológico, com equipamento básico; dois consultórios para atendimento clínico e pediátrico, que podem também ser utilizados para atendimentos de ginecologia, coleta de exames como citopatológico na prevenção do câncer de colo uterino, aplicação de medicação e realização de alguns procedimentos médicos ou de enfermagem; sala de recepção e pequena farmácia para dispensação das medicações prescritas durante os atendimentos. Além disso, conta com um sanitário, bem como a cabine é isolada da área de atendimento, para os deslocamentos da equipe.

Figura 1 – Unidade Móvel de Canoas



A Unidade Móvel de Saúde de Canoas iniciou suas atividades no ano de 1999, sem equipe fixa, sendo sua equipe recrutada entre os profissionais que desempenhavam suas atividades nos diversos Postos de Saúde da rede de atenção básica, a exceção da enfermeira responsável pelas ações da UMS.

Figura 2 – Unidade Móvel de Canoas



Inicialmente as ações regulares da UMS eram restritas. Suas saídas ocorriam somente uma vez por semana.

A partir de junho de 2000 a UMS passou a contar com uma equipe mais estruturada, ou seja: um Clínico, um Pediatra e um Odontólogo começaram a atuar de forma mais permanente na UMS, muito embora esta estrutura não tenha se repetido em diversas ocasiões, ocasionando falhas no atendimento. A equipe de enfermagem, no entanto, permaneceu sendo requisitada nos mesmos moldes anteriores, por adesão ou convocação e a frequência de saída tornou-se mais regular, três vezes na semana.

Cabe ressaltar que a frequência de saídas da UMS seguiu sendo três dias na semana, nos turnos da manhã e tarde, ou somente à tarde. Em diversas ocasiões houve modificação no quadro funcional, ficando a UMS sem profissionais médicos, o que resultou redução no número de atendimentos e, até, na suspensão das saídas da Móvel. A partir de 2005 a UMS estruturou-se como Equipe de Saúde da Família

contando com Médico Geral Comunitário, Odontólogo, Enfermeira e Técnica de enfermagem.

O objetivo principal da UMS é o de proporcionar assistência à saúde das populações residentes em áreas de risco no município. São consideradas áreas de risco aquelas localizadas em invasões de terrenos urbanos, onde as condições de saneamento básico ou infra-estrutura são escassas ou inexistem, afastadas de serviços de saúde que prestam atenção básica. É também critério para o deslocamento prioritário a constatação de grande número de crianças classificadas em risco nutricional ou desnutridas. Epidemias ou fatores emergenciais que coloquem em risco a saúde coletiva também estão incluídos nestes critérios.

Figura 3 – Acesso de Pacientes



A Prefeitura Municipal de Canoas estabeleceu também um programa de descentralização das ações de governo, chamado de "Ação Solidária", onde, regularmente, desloca várias de suas Secretarias de Governo para desenvolverem suas atividades em um bairro determinado. Junto a uma Escola Municipal, normalmente, é instalada toda uma gama de serviços municipais. A Unidade Móvel de Canoas passou a integrar de forma bastante expressiva estes serviços. Nessas ocasiões, além das consultas em clínica médica, pediatria e odontologia, são

também disponibilizadas consultas em ginecologia, dermatologia, oftalmologia, coleta de exames de prevenção ao câncer de colo uterino, detecção de pacientes com hipertensão arterial e diabetes, bem como palestras educativas em prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), AIDS, Saúde Bucal e orientação alimentar.

Figura 4 – Recepção e acolhimento



Em sua rotina normal de atendimento, além de consultas médicas e odontológicas, a UMS realiza antropometria, verificação dos valores de pressão arterial, verificação das taxas de glicose sanguínea através do hemoglicoteste, que são desenvolvidas na pré-consulta, bem como aplicação de medicação injetável, nebulizações e realização de curativos simples ou retirada de pontos, quando prescritos por profissional habilitado.

Nosso estudo está baseado no trabalho desenvolvido pela Unidade Móvel de Saúde no período compreendido entre os anos de 2000 a 2005, principalmente no que diz respeito aos atendimentos médicos em clínica geral e pediatria e nos atendimentos odontológicos.

Figura 5 – Pré-consulta

As ações regulares desenvolvidas pela UMS, obedecendo aos critérios estabelecidos, foram desenvolvidas em bairros distantes da área central como nas invasões localizadas no bairro Guajuviras, bairro Matias Velho nas áreas localizadas próximas ao rio Gravataí, onde com freqüência ocorrem alagamentos em épocas de chuvas intensas, assim como nos bairros da Prainha e Paquetá, onde ações pontuais foram realizadas. Foram também atendidos regularmente os bairros da Granja, Mato Grande, vila João de Barro, além da participação em todos os eventos de “Ação Solidária” e outras atividades eventuais como na Campanha de Vacinação do Idoso, comemorações da Semana da Pátria e Semana Farroupilha entre outros.

Figura 6 – Consultório médico

Figura 7 – Consultório médico

Baseados nos dados das Tabelas de 1 a 7 (ver Anexos), os gráficos a seguir representam o desempenho das atividades desenvolvidas na UMS de Canoas em Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no período de 2000 a 2005.

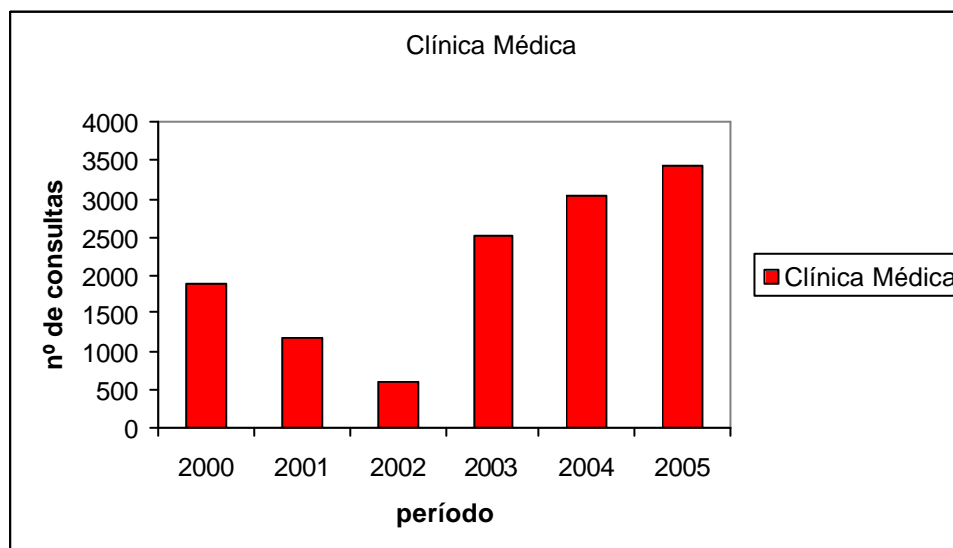
Gráfico 1 – Consultas realizadas em Clínica Médica no período de 2000 a 2005

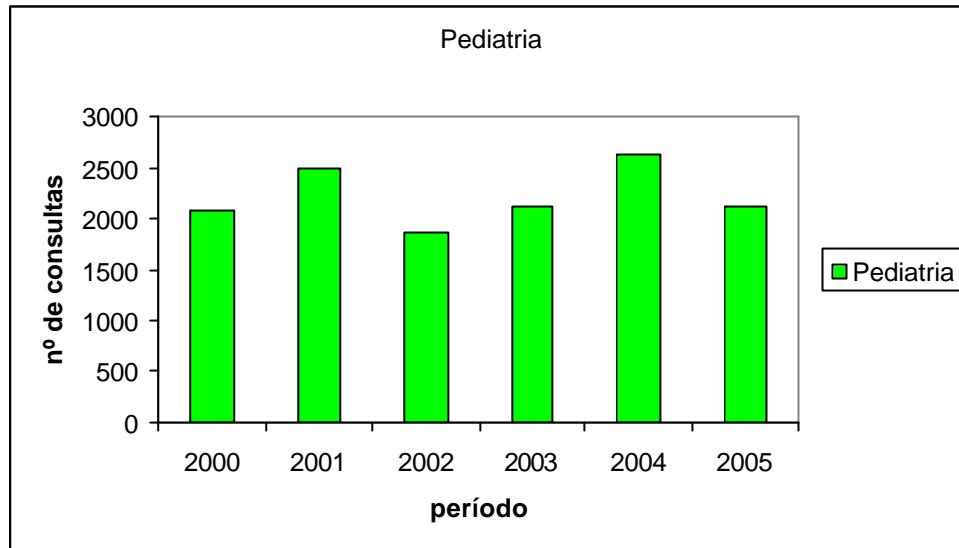
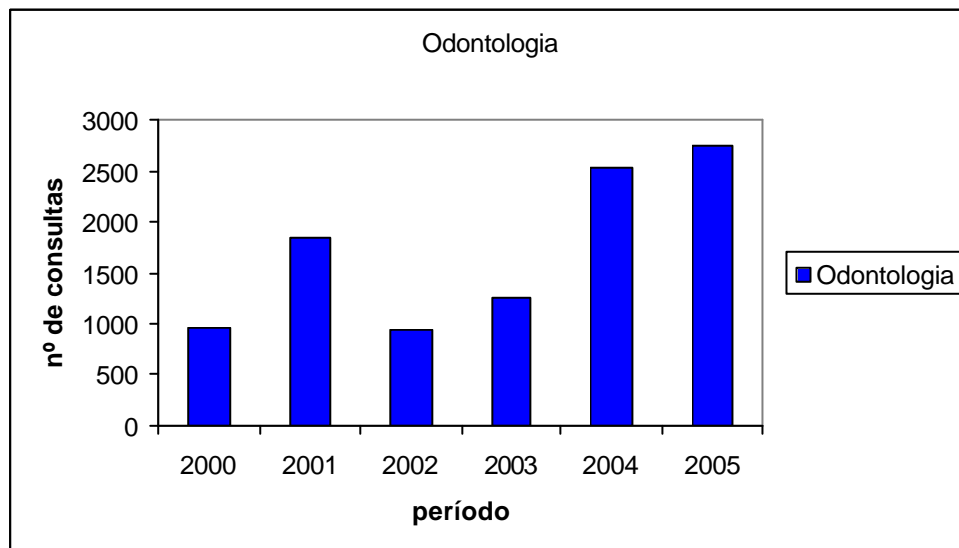
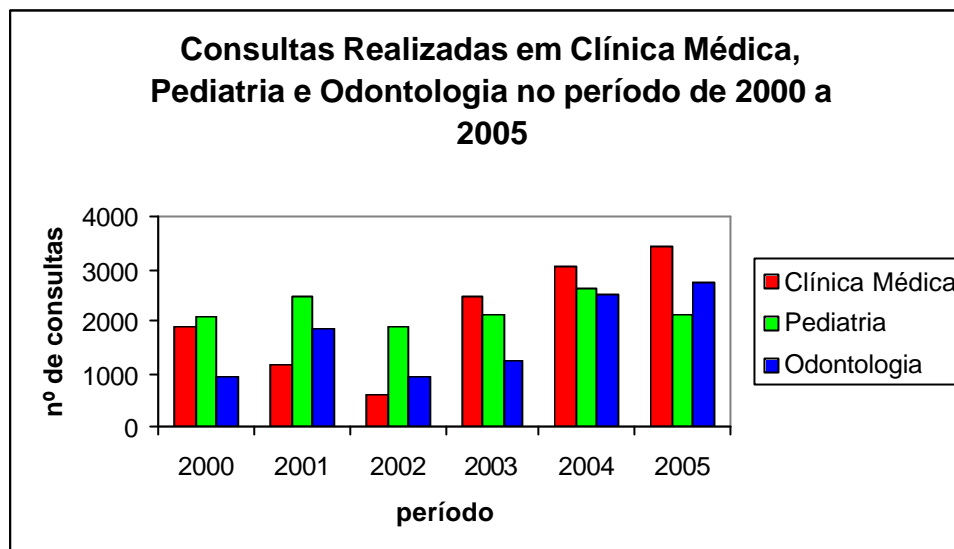
Gráfico 2 – Consultas realizadas em Pediatria no período de 2000 a 2005**Gráfico 3 – Consultas realizadas em Odontologia no período de 2000 a 2005**

Gráfico 4 – Consultas realizadas em Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no período de 2000 a 2005



Como podemos observar nas Tabelas de 1 a 6 (ver Anexos), em diversas ocasiões não houve atendimentos em Pediatria ou Clínica Médica ou Odontologia, por razões que no momento não nos cabe analisar, mas que influíram de forma significativa no número total de atendimentos. Em outros momentos a Unidade Móvel, como um todo, não apresenta produtividade alguma. Isto se deve porque os profissionais que prestam assistência na Unidade Móvel estavam desempenhando suas atividades em outros bcais que não a unidade móvel, razão pela qual seus atendimentos não foram computados como produtividade da UMS.

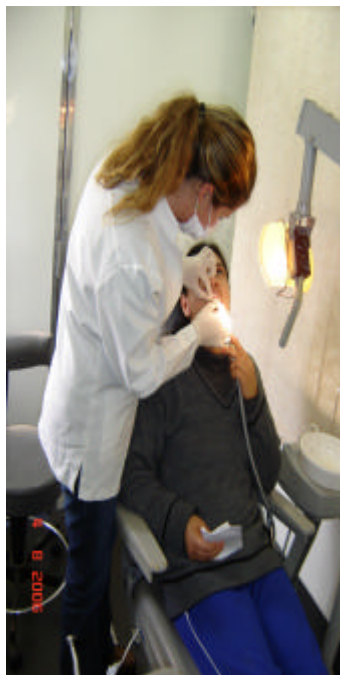
A UMS de Canoas tem suas atividades realizadas três dias na semana, jornada de 4 horas, durante 11 meses, sendo normalmente o mês de janeiro inativo, em função de férias funcionais. A média de atendimento diário nas três especialidades observadas ficou em 15 pacientes/dia em Clínica Médica, 16 pacientes/dia em Pediatria e 12 pacientes/dia em Odontologia. Estes dados nos mostram uma boa capacidade de atendimento.

Os atendimentos médicos, clínicos ou pediátricos, compreendem ações de atendimento aos agravos agudos bem como atenção as medidas de prevenção e promoção de saúde, como imunizações, hábitos de higiene e alimentares e orientação em enfermidades crônicas como hipertensão arterial e diabetes, entre outras.

Foto 8 – Clínica Médica

Na odontologia as ações também se desenvolvem tanto no atendimento de quadros agudos em adultos e crianças tais como restaurações, extrações ou processos dolorosos ou em ações educativas como higiene dental em reuniões de grupos em Associações ou Escolas, nas “Ações Solidárias” e preventivas pela aplicação de flúor.

Figura 9 - Odontologia

Figura 10 - Odontologia

A UMS de Canoas tem em sua estrutura uma farmácia de dispensação de medicamentos básicos, com uma relação reduzida da lista REMUME, a fim de fornecer ou administrar as medicações prescritas pelos profissionais da Unidade Móvel, o que propicia ao paciente a complementação efetiva de sua consulta.

Figura 11 – Dispensação de medicamentos

Figura 12 – Dispensação de medicamentos



As tabelas e gráficos nos permitem depreender que, apesar de todas as dificuldades, limitações e percalços ocorridos no período avaliado, de acordo com os relatórios analisados, e que aqui não serão alvo de nossa avaliação, a Unidade Móvel de Saúde de Canoas desempenha um papel importante e de relevância, se considerarmos que as populações atendidas vivem, em sua maioria, como já dito, em situações de grande vulnerabilidade social.

3 DISCUSSÃO

Ao analisarmos os dados referentes aos atendimentos médicos e odontológicos e relatórios das atividades desenvolvidas pela Unidade Móvel de Saúde de Canoas, no período de 2000 a 2005, nos deparamos com diversas situações que nos instigam a refletir, de modo geral, acerca das estratégias costumeiramente utilizadas no intuito de se promover a assistência à saúde das populações menos favorecidas, em risco social e, em muitos casos, excluídas de toda e qualquer política de saúde. No caso da UMS estas diferenças ou especificidades devem estar bem claras, no momento das decisões.

O critério principal para se estabelecer a prioridade na escolha da comunidade a ser atendida é, na grande maioria das vezes, a distância dessas comunidades aos serviços de saúde mais próximo. Essa, certamente, guarda grande relação com o não acesso dos usuários a estes serviços. Nesse aspecto a Unidade Móvel de Saúde, por suas características de mobilidade, assume importante relevância. Há que se considerar que as condições de trafegabilidade de diversos locais, ditos de difícil acesso, bem como outros fatores ou acidentes geográficos também pode vir a ser fator limitador neste processo de inclusão e acesso, conforme refere Fekete (s.d.) em seu “Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde”.

Vencidas as limitações geográficas, devemos nos atentar para fatores que dizem respeito diretamente às questões de estrutura organizacional.

Fekete (s.d.) nos chama a atenção para questões organizacionais. São fatores que influenciam sobremaneira o acesso dos usuários. A capacitação da equipe é uma delas. É fundamental a formação de uma equipe técnica em total consonância com as diretrizes traçadas para este tipo de trabalho desenvolvido, com possibilidades de manutenção desta equipe por um período prolongado, evitando mudanças constantes em sua composição, a fim de estabelecer vínculos entre si e as comunidades atendidas, visto que a inter-relação e interação da equipe e

comunidade são fundamentais para que resultados positivos sejam alcançados. É de vital importância que a equipe esteja suficientemente preparada para promover o acolhimento que comunidades tão diversas, tanto em relação às características individuais quanto coletivas, seja pela migração de indivíduos, como populações de áreas rurais ou de produção pesqueira, especialmente fluvial, que acompanham a sazonalidade das safras, à busca de melhores condições de sobrevivência, seja pela característica migratória da UMS. As diferenças culturais destas populações devem ser identificadas e entendidas pela equipe da UMS, pois esse olhar adquire grande importância nos resultados positivos a serem alcançados, bem como numa maior participação e interação destas comunidades nas ações promovidas pela equipe.

A oferta de serviços, tanto em quantidade quanto em qualidade interfere diretamente na busca por esses serviços. Santos (2004) lembra que “o perfil da oferta regional de ações e serviços de saúde deve ser planejado e explicitado em metas de ação de promoção, proteção e recuperação de saúde, acompanhadas de indicadores de qualidade e impacto na saúde da população. As metas devem ser avaliadas e revisadas ano a ano e discutidas/aprovadas nas comissões intergestores, secretarias e conselhos municipais de saúde correspondentes, orientando e interagindo com os planos municipais plurianuais de saúde”. Pouco adiantará a presença de uma UMS se esta não aportar as necessidades requeridas pelas comunidades às quais ela atende naquela determinada região. Na observação da UMS de Canoas, por exemplo, se observa a necessidade da implantação de um programa de imunizações na Unidade Móvel, que contemple todos os usuários, independente de faixa etária, o que certamente, além de garantir melhor qualidade dos serviços ofertados, influenciará a idéia de buscar os serviços de saúde de forma preventiva e, não somente quando o agravo já se estabeleceu.

Podemos verificar que a utilização da Unidade Móvel como unidade de apoio à realização de atividades de outras especialidades que não a atenção básica e que não requeiram equipamentos especiais é também relevante no sentido de proporcionar a complementaridade no atendimento, conforme observado nos relatórios das atividades desenvolvidas em Canoas.

Ainda com relação à prestação dos serviços, segundo Donabedian (1988), é de fundamental importância que se dê continuidade aos serviços ofertados. Tanto a

implantação dos serviços, quanto a continuidade dos mesmos, guarda estreita relação de influência entre ambos ou isoladamente.

Os dados apresentados também nos permitem verificar que questões de planejamento estratégico relativos à estruturação da equipe têm papel de extrema importância no que diz respeito ao número e conseqüentemente na qualidade dos serviços prestados, visto que em diversas ocasiões a Unidade Móvel não pôde se deslocar pela inexistência de determinados profissionais em sua formação.

Diante de tais resultados observamos que, apesar de apresentar balanço positivo em suas ações, a utilização da Unidade Móvel como instrumento de atenção básica apresenta restrições, se considerarmos que o acesso aos serviços de saúde não está exclusivamente vinculado à prestação de determinado ou determinados serviços, mas ao início e continuidade na prestação dos mesmos, conforme as referências dos diversos autores, o que não é a vocação deste tipo de estabelecimento de saúde.

4 CONCLUSÃO

A observação das atividades desenvolvidas pela Unidade Móvel de Saúde de Canoas, suas ações positivas, bem como deficiências e carências e a análise dos resultados apresentados, à luz dos referenciais teóricos pesquisados, tendo as postulações de Donabedian (1988), entre outros, como baluarte norteador, é possível afirmar que a partir de um planejamento em saúde, voltado principalmente para as necessidades do usuário, detectadas durante o processo estrutural, respeitando as imposições e limitações determinadas pela legislação vigente, nos permite concluir que a Unidade Móvel de Saúde pode se apresentar como alternativa de inclusão e acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde, respeitadas algumas condições específicas.

É importante ressaltar que esta alternativa não representa solução permanente ou definitiva aos problemas relacionados, principalmente no quesito inclusão ou acesso, de acordo com o que se pôde verificar nas postulações referenciais. A UMS pode, sim, inserir-se de uma forma paliativa, pontual e transitória, para solução de problemas emergenciais ou de resoluções que demandem um tempo mais elástico e adequado às questões legais para a instalação de serviços de saúde com base fixa. A UMS pode servir como serviço auxiliar para execução de tais ações a fim de contemplar os usuários com presteza na resposta às suas demandas mais urgentes. A UMS pode servir aos usuários destas ditas áreas de risco ou em vulnerabilidade social tanto como porta de entrada no SUS quanto como um agente intermediário e também transitório para fazer chegar a estas comunidades serviços especializados ou complementares que de outra forma as manteria distantes desse acesso. Como já visto nos estudos de Donabedian o acesso não está definido tão somente pela existência dos serviços, mas pela utilização dos mesmos, continuidade das ações estabelecidas e complementaridade que venham a requerer. Nesse aspecto a UMS devido as suas características de mobilidade pode também ser fator limitador de inclusão, pois pode não estar presente no local requerido, no momento necessário. As questões

relativas à organização estrutural e organizacional, quando embasadas num planejamento estratégico voltado tanto para questões que dizem respeito às necessidades identificadas pelos usuários quanto às que dizem respeito àquelas identificadas pelo gestor e, principalmente, quando em consonância entre si podem proporcionar uma situação que represente a real inclusão dos usuários no sistema de saúde.

Os aspectos financeiros quanto ao financiamento na implantação de serviços de unidades de saúde seja esta fixa ou móvel, e que no presente trabalho não foram analisadas, bem como os gastos relativos à contratação das equipes e manutenção destas unidades, são elementos fundamentais do planejamento a fim de avaliar a relevância da instalação dos referidos serviços, visto que, conforme os autores referidos, as questões relacionadas aos aspectos econômicos tanto do ponto de vista do gestor quanto os relativos ao grupo social atingido também representam papel preponderante no que diz respeito à acessibilidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Silvânia S. C. de. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 203–216, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100014&lng=pt&nrm>. Acesso em: 29 ago 2006.

ASSIS, Marluce M. A. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2006.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira. **Inúmeros números do Planejamento de Saúde**. [s.d.] Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/13pdf>. Acesso em: 28 ago. 2006.

BRASIL. Lei Federal n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Lei Federal n. 8666, de 21 de julho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde/CNS on line/experiências municipais**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/MUNICIPAIS.htm>> Acesso em: 18 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=4302902242060> Acesso em: 05 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento de urgências e emergências em todo o Brasil. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm>. Acesso em: 17 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, que consta como anexo. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

DONABEDIAN, Avedis. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. **Fondo de Cultura Econômica**, S.A. de C.V. México, D.F. Primera Edición en español, 1988.

FEKETE, Maria Christina. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde**. [s.d.] Disponível em:

<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2006.

FRENK, Julio. La Salud de la Población - Hacia una Nueva salud Pública. **La ciencia**, 133 desde México primera edición, 1994.

LIMA, Luiz Henrique Soares de; SOUZA, Luciene Barbosa de. Análise da viabilidade econômica da unidade móvel de um serviço de referência em oftalmologia. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 5, set/out. 2005.

SANTOS. Nelson Rodrigues dos. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do "Modelo SUS"? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n 68, p. 279-288, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php> Acesso em: 05 out. 2006.

SAÚDE em Casa Integra Saúde Bucal. **Odontologia no Brasil**, Rio de Janeiro, n. 23, jun./jul. 1998. Disponível em:

<<http://www.cfo.org.br/jornal/n23/hpbras.htm#news1>> Acesso em: 17 ago. 2006.

TECNOLOGIA de Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showact.php?id=1195>>. Acesso em: 28 ago. 2006.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, out. p.439-446, 1987. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101987000500009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 17 ago. 2006.

VERAS, Nanci Cecília de Oliveira. **Gestão da Qualidade e Práticas Organizacionais**: Um Estudo de Caso no HEMOSC. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

WHITE, Kerr L. et al. (Org.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. 1228 p.

ANEXOS

ANEXO 1 – TABELAS

Tabela 1 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2000

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	261	0	500	0	65	135	275	201	130	212	118
Pediatria	260	0	355	0	110	180	343	231	183	303	128
Odontologia	0	200	200	0	0	0	163	116	92	112	70

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

Tabela 2 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2001

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	43	38	45	180	0	216	79	0	276	147	138
Pediatria	125	131	179	250	177	324	292	190	438	225	156
Odontologia	96	65	91	387	227	299	208	106	194	97	79

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

Tabela 3 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2002

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	43	0	232	13	31	180	27	0	20	0	54
Pediatria	125	184	268	188	212	284	190	166	150	0	102
Odontologia	95	68	186	79	61	138	98	66	85	0	53

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

Tabela 4 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2003

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	31	128	243	83	316	360	95	67	516	397	273
Pediatria	45	87	169	131	301	305	191	40	363	442	233
Odontologia	0	90	110	33	154	170	86	31	184	206	197

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

Tabela 5 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2004

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	397	280	541	624	557	201	288	0	0	0	155	0
Pediatria	429	276	414	468	481	198	269	0	0	0	100	0
Odontologia	239	167	244	252	482	153	131	139	0	409	185	131

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

Tabela 6 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia no ano de 2005

	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Médica	0	484	601	529	628	217	276	214	475	0	0
Pediatria	0	172	393	162	406	228	277	200	292	0	0
Odontologia	97	396	541	217	545	206	215	215	328	0	0

Fonte: Relatório da UMS de Canoas

A tabela 7 nos apresenta um consolidado do número de consultas realizadas pela UMS de Canoas no período de 2000 a 2005.

Tabela 7 - atendimentos de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia entre 2000 e 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Clínica Médica	1897	1162	600	2509	3043	3424
Pediatria	2093	2487	1869	2127	2635	2130
Odontologia	953	1849	929	1261	2532	2739

Fonte: Relatório da UMS de Canoas