



Alcione Bastos Alves

Jorge Luiz Fortes de Magalhães

**“DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA:
Uma proposta de intervenção na rede SUS de Salvador”**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela
40.110-903 Salvador – BA
Tels: (71) 3283-658
Fax: (71) 3283-7657
Site: www.adm.ufba.br/npga

Alcione Bastos Alves

Jorge Luiz Fortes de Magalhães

**DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA:
Uma proposta de intervenção na rede SUS de Salvador**

Orientador(a): Mariana Bertol Leal

SALVADOR

2010

AGRADECIMENTOS

"Quando uma criatura
humana desperta para um
grande sonho e sobre ele
lança toda a força da sua
alma, todo o universo
conspira a seu favor"

Goethe

À minha mãe por ter me ensinado sobre Deus, que entendo como a verdadeira expressão do amor, à minha filha Marcela, por ter esperado sábados e domingos inteiros enquanto me debruçava no computador por horas a fio; ao meu filho Ricardo, por ter organizado e configurado o texto tantas vezes para nós; Ao meu colega de curso Jorge Luiz Magalhães por acreditar incondicionalmente em mim; À Professora Mariluce Karla Bomfim de Souza pela ajuda inestimável com sua experiência; Ao Professor Valdemir Zamparoni pelo apoio e ajuda, À Secretaria Municipal da Saúde que durante três anos foi uma verdadeira escola de gestão do SUS; Ao Gestor Municipal, Dr. José Carlos Brito pela confiança e apoio na realização do estudo exploratório; À SESAB pela oportunidade em fazer essa especialização e por fim à minha orientadora Mariana Bertol Leal, por não me deixar desistir, quando me senti desanimada e sem rumo, muito obrigada!

Nem a necessidade nem o desejo, mas o amor
pelo poder é o demônio da humanidade.
Dê-se aos homens todo o possível – saúde,
alimento, abrigo, prazer – e eles continuam
infelizes e caprichosos, porque o demônio está
sempre à espreita; e ele precisa ser satisfeito.
Tire-se dos homens tudo o mais e satisfaça-se
esse demônio;
então, eles serão quase felizes – tão felizes
quanto podem ser homens e demônios”

Friedrich Nietzsche

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3. METODOLOGIA.....	16
4. A REDE SUS EM SALVADOR.....	20
5. OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA	33
6. OBJETIVOS	53
7. CRONOGRAMA.....	54
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE	59

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, apesar dos enormes avanços alcançados, o SUS, no que se refere à produção de ações de saúde, não tem respondido às reais necessidades dos usuários. Essa produção de serviços voltada para o binômio, oferta x demanda não traduz fielmente as necessidades em saúde. Se por um lado a oferta de serviços vem se pautando pela lógica dos prestadores (públicos e privados), por outro, a demanda não reflete as reais necessidades da população, visto que não raro ocorre tanto a procura inadequada, encaminhamentos indevidos para procedimentos de altas complexidade e tecnologia, quanto o estrangulamento em algumas áreas onde há baixo investimento ou não disponibilização da capacidade instalada.

Infelizmente os modelos de atenção à saúde no Brasil ou modelos assistenciais, comumente chamados, sempre foram pautados pela visão hegemônica (hospitalocêntrica e médico-centrada) e suas estruturas de poder. Surgiu a partir do nascimento e consolidação da medicina científica, transformou-se ao longo do século XX até se consolidar como modelo da medicina especializada, ambulatorial e hospitalar, conforme apontou Foucault (1979). Esse modelo caracteriza-se pela produção de procedimentos, não sendo capaz de corresponder às necessidades da população, tais como o aumento da expectativa de vida, e aos novos conhecimentos que recomendam menos intervenção e mais controle; cuidado humanizado e escuta qualificada (Ministério da Saúde: 2004). Tal modelo toma as necessidades e demandas em saúde sob o viés biologicista do normal e do patológico, gerando um sem número de procedimentos que se sobrepõem de forma desarticulada entre os diversos profissionais que atuam na rede de serviços. No artigo intitulado “Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade, Mattos¹ amplia a nossa visão sobre o princípio da integralidade, quando levanta o seguinte questionamento: Como nós podemos oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se nos apresentam? (Mattos, 2001, p.63) e mais adiante, propõe tomar o princípio da integralidade como eixo estruturante das propostas de mudanças das práticas e cita: “A integralidade como atributo das boas práticas dos profissionais de saúde, envolve o esforço de compreensão do sofrimento causado pela doença, assim como envolve o

¹ MATTOS E PINHEIRO, *ORGANIZADORES*. Construção Social da Demanda, IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

esforço de compreensão do significado que nossas propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias de prevenção de problemas de saúde, adquirem no mesmo contexto.”

Os modelos centrados na produção do cuidado, em contrapartida ao de produção de procedimentos, trazem a possibilidade de se construir uma rede de serviços hierarquizada, com vínculos mais afetuosos entre usuários e profissionais. Para isso, é preciso colocar o usuário como centro focal da atenção, atendendo-se às suas diferentes necessidades e demandas, preservando seus direitos de cidadania e sua autonomia.

A qualificação da escuta dos diversos profissionais de saúde que trabalham na rede de serviços ao SUS e a promoção do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários que buscam atendimento devem ser postas como meta a ser alcançada durante a construção de uma rede serviços desde a atenção básica até a especializada de média e alta complexidade hospitalar.

A integração da rede de atenção especializada com a atenção básica proporciona melhor intercambiamento de informações, incentivo à construção de protocolos técnicos e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica nos critérios de encaminhamentos à atenção especializada, promovendo a integração constante dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde.

A Política Nacional de Incentivo à Contratualização do Ministério da Saúde, busca corrigir essa lógica perversa propondo a integralidade da assistência, através do estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas a serem atingidas pelos Hospitais. Procura-se com isso reforçar a gestão do SUS, fazendo com que gestores e prestadores, juntos, busquem encontrar um caminho que melhor atenda às reais necessidades dos usuários, sem comprometer o bom funcionamento da Unidade Hospitalar. De acordo com o *Manual de Orientação para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde* (Ministério da Saúde: 2007) gestores e prestadores, devem ser parceiros na formulação das metas a serem cumpridas pelas partes, observando-se a realidade da rede de saúde local. Essas metas devem ser estabelecidas de maneira a contemplar as estratégias e prioridades da gestão, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS. Visa-se a garantia do acesso à rede de forma qualificada, com a definição do perfil assistencial, do papel do estabelecimento de saúde e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS, existente. Deve estar também explicitado o compromisso

dos prestadores em relação à assistência considerando-se a necessidade real da população.

A partir da experiência dos autores na regulação do SUS municipal de Salvador percebe-se que apesar de existirem alguns mecanismos de controle para encaminhamento dos usuários do SUS aos serviços especializados, a exemplo da ficha de referência e contra-referência e de alguns Hospitais já contratualizados com a Secretaria de Saúde, pouco ou nada desses mecanismos são revertidos em benefício aos usuários. Diversos fatores corroboram para essa pouca efetividade do sistema. Dentre eles destacamos a precariedade dos vínculos dos profissionais da rede própria municipal que trabalham na assistência, fazendo com esses profissionais se sintam desmotivados e não comprometidos com o SUS, a alta rotatividade dos médicos assistentes que justamente por conta de possuírem vínculos frágeis, migram para a iniciativa privada ou mesmo para a gestão, mesmo sem preparo ou qualificação adequadas, a escassez de serviços públicos especializados na rede própria municipal, a falta de pactuação com a rede complementar, além das resistências em Unidades Filantrópicas e Públicas Federais já contratualizadas em apoiar a gestão na construção de fluxos de encaminhamento dos usuários, desde a Atenção Básica e/ou Unidades de Pronto-Atendimento, aos diversos serviços de atenção especializada, preferindo cada uma funcionar de acordo com seu tipo de gestão. Um exemplo claro sobre esse modo de agir dos Hospitais da rede municipal credenciados ao SUS e até mesmo o Hospital Universitário Público Federal, é o cartão de identificação do usuário do SUS. Esse cartão funciona para o usuário tal qual uma carteira de saúde de plano privado seguindo o modelo de saúde verticalizado. Os usuários uma vez que conseguem ser matriculados nessas unidades, podem agendar as consultas com os especialistas sem que precisem ir aos postos de saúde municipais. Cada um desses hospitais foi adotando uma cor diferente e assim, existe o cartão azul, da unidade “x”, o amarelo, da unidade “y” e o branco da unidade “z”. O problema é que a gestão perde a capacidade de desenvolver políticas públicas dentro das suas unidades, o atendimento se torna fragmentado e a população cada vez mais perde a credibilidade nas unidades públicas municipais, justamente onde estão as unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família.

A demanda e oferta ficam condicionadas pelo modo restrito de entender o objeto da saúde, pela perda da dimensão humana e da integralidade do cuidado, pelo exercício da clínica de pouca abrangência.

Com este trabalho, pretende-se chamar a atenção dos gestores e profissionais responsáveis pela educação permanente nas unidades de saúde da rede municipal, para as relações entre trabalhadores de saúde e usuários do SUS, de forma que possam ser valorizadas as “Tecnologias Leves e Leve-duras” (Merhy, 1997). Essa mudança na assistência voltada para o cuidado com o usuário, só poderá ser alcançada, a partir de uma mudança subjetiva e paradigmática, nos sujeitos produtores do cuidado, reconhecendo neles a necessidade de um novo comportamento na sua relação com os usuários e nas suas relações com os demais trabalhadores de saúde, re-significando os processos de trabalho.

Assim, pretende-se conhecer a trajetória percorrida pelo usuário munícipe de Salvador que busca ou chega até o atendimento especializado e a existência ou não de articulação entre os diversos níveis de atenção a fim de propor um novo fluxo a ser percorrido pelo usuário na rede de serviços desde a atenção básica até a de média e alta complexidade hospitalar baseado na produção do cuidado.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Baseando-se na teoria das Valises Tecnológicas², Merhy apresenta as inter-relações entre o profissional de saúde e o usuário, na forma de valises como ferramentas que são utilizadas por esse profissional. Essas ferramentas ou valises podem ser de três tipos, conforme a tecnologia utilizada sejam elas: Duras, leve-duras ou leves.

Na valise dura, a tecnologia está diretamente vinculada às mãos do profissional e no uso de equipamentos que se faz com elas. Ex. O estetoscópio, o tensiômetro, o ecógrafo, o endoscópio e todo tipo de equipamentos que expressam uma ferramenta tecnológica dura. Na valise leve-dura, se encontram as tecnologias utilizadas pelo saber do profissional, que está, portanto, em sua cabeça como, por exemplo, a epidemiologia, a clínica, a propedêutica e por fim a última valise que seria a valise leve, representada pelo espaço relacional entre o profissional e o usuário e que só se expressa em ato. Essa valise está presente na relação de todos os trabalhadores em saúde no cuidado com os usuários e não só dos profissionais médicos. Esses espaços permitem produzir relações que vão se traduzir ou não por acolhimentos, vínculos, responsabilizações, jogos transferenciais e outros processos.

Citando Merhy e Cecílio (2003, p.2):

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

Em janeiro de 2004, foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização³, PNH, o HumanizaSUS, que traz uma proposta de política transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Essa política reforça os princípios do SUS e propõe a construção de trocas solidárias e

² MERHY, Saúde A Cartografia do Trabalho Vivo em Saúde, Ed. Hucitec – São Paulo, 2007.

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. *Humaniza SUS*. Brasília-DF.

³ MERHY E CECILIO, A Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. Campinas, 2003.

comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, profissionais da saúde e usuários.

Assim, a Humanização é entendida como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Além disso, essa política prevê a construção de redes solidárias e participativas, interativas e protagonistas do SUS. No entanto, nesses cinco anos de implantação, apesar dos recursos despendidos na sua implementação, na prática diária, pouco ou nada é percebido pelos usuários, ao menos nas Unidades de Saúde da rede pública municipal. Segundo o Ministério da Saúde (2004)⁴ as quatro marcas específicas do PNH são:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. *Humaniza SUS*. Brasília-DF.

- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Para que essas marcas fossem contempladas, algumas ações estratégicas foram previstas, dentre elas no eixo da gestão, a PNH deveria fazer parte dos Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde; no eixo do financiamento, repasses de fundo a fundo; no nível da atenção, promover o protagonismo dos sujeitos e incentivar a inter-setorialidade; no eixo da educação permanente, incluir a PNH nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, dentre outras ações estratégicas.

Várias ações foram propostas em 2004, dentre elas, destacamos a construção dos contratos/convênios, protocolos técnicos e fluxos assistenciais incorporando as diretrizes do PNH. Dentre as diretrizes gerais, estava prevista a ampliação do diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa.

Baseadas em premissas que favorecem a pactuação entre os gestores e as Unidades Hospitalares, portarias possibilitam aos gestores um melhor monitoramento sobre os serviços prestados pelos Hospitais. No entanto, para que se conduza uma boa contratualização, a gestão precisa possuir equipe técnica capacitada em políticas de saúde, controle e regulação a fim de que possa negociar com os Hospitais os serviços de acordo com planejamento e programação e assegurar o cumprimento das metas pactuadas, mediante controle efetivo mensal, através da equipe de acompanhamento de convênios e contratos. Todos os serviços contratualizados devem necessariamente ser regulados pelas Centrais de Regulação, sejam eles ambulatoriais ou de internação eletiva/urgência- emergência.

Tais portarias criadas pelo Ministério da Saúde desde maio de 2004 passam a regulamentar as contratualizações dos Hospitais Filantrópicos, de Ensino e Pesquisa e também os Públicos Federais. São elas:

- Portaria 1006 MEC / MS de 27 de maio de 2004 – Cria o programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC;
- Portaria 1007 GM de 27 de maio de 2004 – Estabelece um montante de recursos financeiros a serem repassados para os hospitais de ensino;

- Portaria 1702 GM / MS 17 de agosto de 2004 – Cria um programa de reestruturação dos hospitais de ensino NÃO MEC;
- Portaria 1703 GM / MS de 17 de agosto de 2004 – Destina recursos de incentivo a contratualização dos hospitais de ensino NÃO MEC;
- Portaria 1721 / GM de 21 de setembro de 2005 – Cria um programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos;
- Portaria 3635 / SAS de 10 de novembro de 2005 – Regulamenta a contratualização dos filantrópicos.

A necessidade da organização da rede assistencial torna-se então primordial para que possam coexistir os serviços com maior tecnologia e assegurar a assistência à população nos diversos momentos e ciclos de vida; nos casos de morbidades agudas ou crônicas; agravos acidentais provocados por violência, uso e abuso de drogas, acidentes de trânsito, do meio ambiente, etc.

Esses serviços especializados podem funcionar como Policlínicas ou Centros de Referência Especializados de acordo com as linhas de Cuidado, ex.: Centro de Referência à Saúde da Mulher, Centro de Referência à Saúde do Homem ou ainda de acordo com os ciclos de vida: Centros de Referência à Saúde da Criança, do Adolescente, do Idoso, etc.

Infelizmente, os serviços de atenção especializada estão na sua maioria na rede complementar. A importância de serem criados serviços de atenção especializada na rede própria municipal por sua vez, assegura a integralidade do atendimento, iniciado na atenção primária e na urgência e emergência. No relatório de gestão 2008, da Coordenadoria de Regulação e Avaliação, foi apresentado exemplo de como os gastos com a produção ambulatorial de procedimentos ortopédicos são na sua maioria com a rede complementar. Esse e outros dados estão demonstrados mais adiante nos capítulos subseqüentes.

A construção de uma rede de serviços em saúde, sem a existência de fluxos de referência e contra-referência desde a atenção primária e/ou de pronto atendimento, faz com que os hospitais se auto-regulem e os usuários busquem os serviços de forma indiscriminada sem critérios de encaminhamento adequados.

O Ministério da Saúde destaca a importância da integralidade na atenção a saúde na Política Nacional de Promoção à Saúde onde se lê:

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2006, p.13).

A integralidade enquanto princípio doutrinário do SUS perpassa por toda a rede do sistema, porque busca desenvolver ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de desenvolver parcerias com outros setores, promovendo a inter-setorialidade. Portanto, a integralidade é uma importante ferramenta que visa atender o indivíduo na sua totalidade e garantir aos usuários o acesso aos diferentes graus de complexidade.

Paim (2006, p. 99) conceitua a integralidade como:

Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, e sociais; como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação inter-setorial.

3. METODOLOGIA

Com o propósito de propor um novo fluxo para os usuários acessarem os serviços de saúde de Salvador, explorando que trajetórias são percorridas pelos usuários que buscam ou chegam até o atendimento especializado e a existência ou não de articulação entre os diversos níveis de atenção, desenvolve-se este projeto de intervenção em duas fases. A primeira fase, através de um estudo exploratório, de análise qualitativa, que foi realizado baseado nos dados coletados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador através de uma pesquisa junto aos profissionais de saúde, gestores hospitalares, reguladores e usuários, que subsidiou as considerações iniciais que motivam a formulação da posterior proposta de intervenção. A segunda fase deste estudo se configura numa proposta de intervenção.

1ª Fase - O estudo exploratório: foi realizado a partir da análise de dados coletados com achados que identificam os nós críticos para o acesso dos usuários ao conjunto de serviços de saúde por iniciativa institucional, visando compreender a trajetória de cuidado percorrida pelos usuários do SUS em Salvador.

Enquanto estudo de caso múltiplo, foram selecionados três tipos de agravos para observar a trajetória percorrida pelos usuários na busca por serviços de saúde, são eles: um trauma - fratura de fêmur; uma doença oncológica, - câncer de mama; e uma doença crônica degenerativa – doença renal crônica.

A escolha da fratura de fêmur se deu por ser esse um agravo que causa muitos “gargalos” na rede, gerando demandas reprimidas na Central Estadual de Regulação-CER, devido a sua complexidade e alta incidência em pessoas idosas e, portanto, necessitam de cuidados de terapia intensiva pós-operatória. Muitas vezes apresentam co-morbidades aumentando o tempo de permanência hospitalar e conseqüentemente o risco de infecção. Em sendo essas pessoas, portadoras de hipertensão arterial, cardiopatias, doenças renais, ou outras doenças crônico-degenerativas, prolongam-se o período de internação pré-operatória até estabilização do quadro clínico.

O câncer de mama, por sua vez, faz parte do pacto pela vida e sua incidência cresce na proporção inversa às medidas de promoção e prevenção que são adotadas pelos gestores. No nosso município, as ações de promoção e prevenção estão longe de serem consideradas como fatores de inibição do crescimento dessa doença. Atento

a essa situação, o Ministério da Saúde, responsável pela definição da política de alta complexidade do SUS, vem, desde 1998, re-estruturando a atenção em oncologia, na construção de uma linha de cuidado integral ao paciente. Em dezembro de 2005 foram editadas 02 portarias: a MS/GM nº. 2.439 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e a MS/SAS nº. 741 que regulamentou a política determinando, como modo de qualificar a atenção ao paciente portador de câncer, que a sua assistência seja prestada em unidades hospitalares que realizem o diagnóstico, tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, internações por complicações, assistência multiprofissional e cuidados paliativos.

O município de Salvador iniciou a reestruturação da sua rede de atenção em oncologia, em abril de 2009, através da construção de um plano de integração dos pacientes que eram atendidos nos serviços isolados de quimioterapia, aos hospitais especializados em atendimento oncológico e assumiu, por conseguinte a marcação das consultas em oncologia dos casos novos, através da Central de Regulação Municipal de acordo com a gravidade do caso e o perfil dessas unidades. Para que o processo possa ter continuidade, por sua vez, faz-se necessário construir juntamente com a atenção primária e com as unidades de urgência e emergência, fluxos de encaminhamentos pré-estabelecidos e adoção de critérios adequados, não deixando lacunas entre a detecção ou suspeita diagnóstica de câncer e o início do tratamento.

O terceiro problema a ser analisado é a Doença Renal Crônica (DRC). Diabetes e hipertensão arterial figuram como as principais causas de DRC no Brasil e no mundo. A prevalência da DRC vem aumentando, sobretudo devido às duas patologias citadas e ao envelhecimento da população. Atualmente a DRC é considerada uma doença epidêmica com alto impacto financeiro para o governo e reduzida qualidade de vida além do aumento da mortalidade para os pacientes que perdem bastante da sua autonomia e capacidade laboral. Isso se dá principalmente graças as deficiências existentes na atenção básica e na dificuldade de acesso dos pacientes ao especialista (nefrologista).

Atualmente o paciente com DRC encontra dificuldades em receber atendimento mesmo sabendo que os serviços especializados dispõem de máquinas suficientes para atender à demanda. São eles, 06 clínicas especializadas em Terapia Renal Substitutiva e 06 Hospitais Gerais.

Esses agravos foram analisados a partir da coleta de dados dos entrevistados nos hospitais selecionados de acordo com o perfil de cada agravo selecionado (H 1 – Hospital Geral de Emergência Público Estadual - Fratura de fêmur; H 2 - Hospital Especializado Filantrópico - Ca de mama; H 3 - Hospital Geral Público Federal - Doença Renal Crônica). A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador realizou entrevistas com os usuários e com os profissionais de saúde que lidam diretamente com cada um dos setores onde são realizados os atendimentos com a pretensão de apontar possíveis respostas as dificuldades de acesso a atenção especializada no município. As entrevistas com os usuários e seus acompanhantes, foram apresentadas no discurso direto e as demais entrevistas com a equipe de saúde, serão resumidas bem como o fluxo descrito por eles para o atendimento aos usuários no setor e se encontram intercalados nesse trabalho de forma a ilustrar e exemplificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários ao percorrerem a rede de serviços em busca de atenção especializada seja de média ou alta complexidade.

As demais entrevistas foram realizadas nos referidos estabelecimentos com a equipe de saúde, seja formada por enfermeiro/a responsável pelo setor, médico/a assistente ou coordenador/a (representando o gestor), foram resumidas para dar melhor visualização do funcionamento – fluxo de cada um dos locais selecionados.

As observações sobre o “*modus operandi*” de cada setor e suas relações com os demais sistemas de saúde foram construídas com base no relato dos profissionais entrevistados sobre o fluxo dos serviços. Essas observações pretendem levar os pesquisadores a buscar caminhos ou demonstrar os desafios que deverão ser encarados, na construção de um fluxo de referência e contra-referência entre a atenção básica e a de média e alta complexidade hospitalar, sem perder de vista o foco no usuário e sua atenção integral a saúde.

2ª Fase - A proposta de intervenção: Para que o usuário possa percorrer livremente um fluxo desde a atenção básica, até a média e alta complexidade hospitalar, tendo acesso às ações e serviços de saúde de acordo com sua necessidade e/ou complexidade em todas as etapas de vida seja ela, infância, adolescência, idade adulta, idoso, portador de necessidades especiais, em situação de emergência ou ainda em consequência de eventos específicos como gestação e parto; faz-se necessário uma mudança de paradigma na forma de se pensar a produção do cuidado.

Uma discussão ampla com todos os seguimentos da sociedade, bem como com os atores responsáveis por salvaguardar os direitos do cidadão, pode trazer para próximo dos usuários e desses de volta aos gestores responsáveis pela saúde da população, propostas mais exequíveis e humanizadas. Uma das ferramentas que servirão de facilitadoras para o alcance desse objetivo é a construção do fluxo de referência e contra-referência desde a atenção básica até a média e alta complexidade hospitalar baseada na gestão do cuidado. Esse fluxo deverá ser construído em três etapas sendo a primeira o levantamento das necessidades estruturais e de recursos humanos na atenção básica, o levantamento de necessidades na assistência da média e alta complexidade bem como identificação dos principais agravos que deverão inicialmente ser selecionados para servir de projeto piloto; a segunda será a capacitação dos profissionais de saúde da rede própria municipal e a implantação de protocolos técnicos nas especialidades selecionadas de acordo com os agravos definidos e a terceira, a implementação dos formulários adequados ao encaminhamento dos usuários da atenção básica e ou de urgência e emergência à atenção especializada e a pactuação com a rede de atenção especializada no recebimento dos usuários de acordo com o fluxo estabelecido.

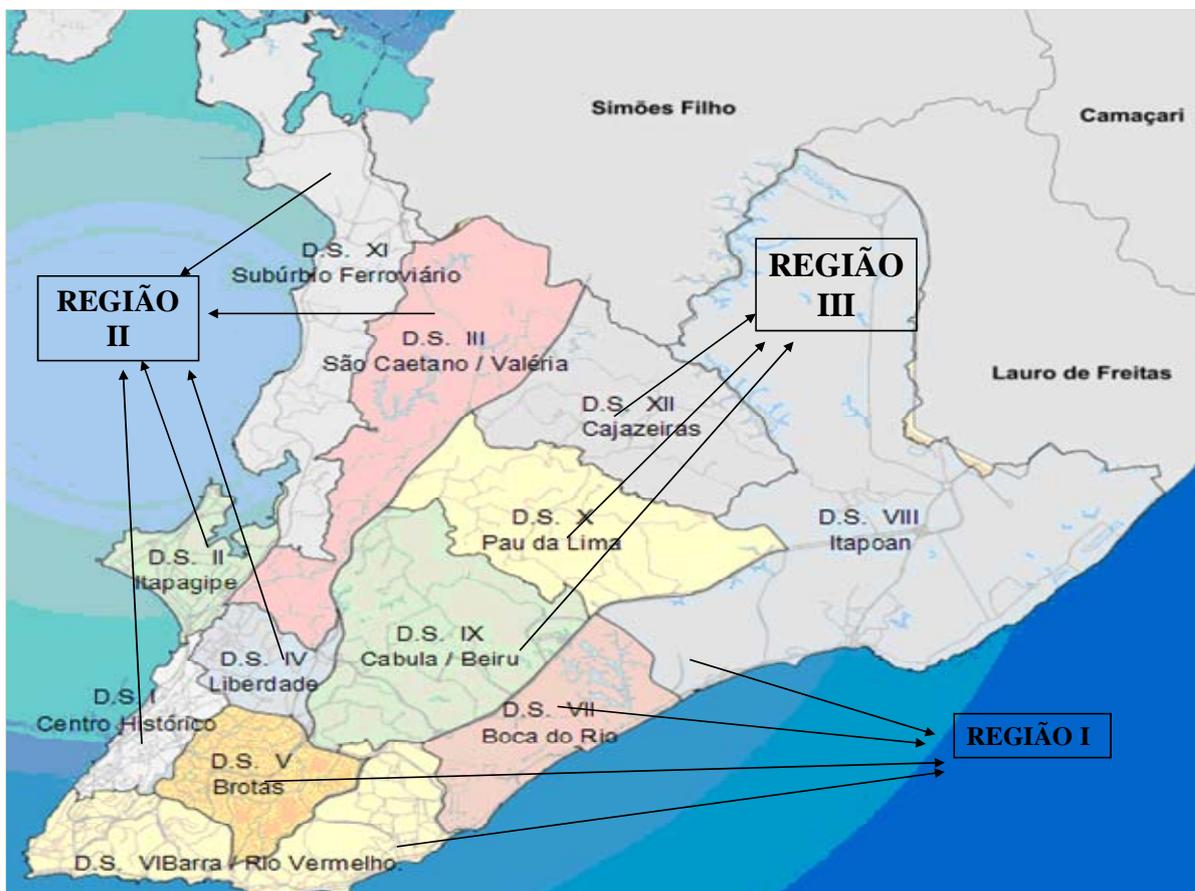
Não foram previstos os custos com este projeto de intervenção, pois todos os gastos serão por conta dos pesquisadores e não serão computados.

4. A REDE SUS EM SALVADOR

O município de Salvador, com 2.948.733 habitantes, dados do IBGE 2008, é a terceira capital mais populosa do país e possui 707 km² de extensão territorial. Seu nível de desenvolvimento sócio-econômico medido pelo IDHM em 2000 foi de 0.81 (PNUD/ IPEA/ FJP).

Na área da saúde, apesar do município encontrar-se em Gestão Plena desde março de 2006, ainda há muito a fazer para que se possa atender às necessidades de saúde da sua população. Para um melhor entendimento de como hoje se configura a “rede assistencial” neste município, descreveremos de forma sucinta como estão distribuídos os serviços de saúde de acordo com o tipo de estabelecimento do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Salvador possui 12 Distritos Sanitários que foram agrupados por região assistencial de acordo com as características locais, seja de infra-estrutura ou pela facilidade de deslocamento da população através de transportes coletivos. As três regiões assistenciais possuem quantidade e tipo de serviços de saúde diferenciados.



Fonte: CRA/SMS, 2009

De acordo com o Setor de Cadastro da Coordenadoria de Regulação e Avaliação da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) a cidade contava nesse período em sua rede SUS, com 425 Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), sendo eles dos tipos públicos (federais, estaduais ou municipais), filantrópicos e privados credenciados ao SUS, a saber:

- Centro de Saúde /Unidade Básica: 100
- Policlínicas: 61
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): 63
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): 12
- Hospital Geral: 18
- Hospital Especializado: 23
- Pronto Socorro Geral: 11
- Pronto Socorro Especializado: 17
- Clínica Especializada/ Ambulatório Especialidades: 101
- Consultório Isolado: 12
- Hospital Dia: 06
- Laboratório Central: 01

Com referência aos recursos do SUS que são repassados pelo Ministério da Saúde à Secretaria Municipal, e que são pagos aos prestadores de serviços credenciados ao SUS, apenas os que aderiram à política de incentivo a contratualização do Ministério da Saúde (Hospitais de Ensino ou Filantrópicos), recebem valores de acordo com o que foi pactuado no plano operativo anual ou plano de metas. Atualmente existem nove Hospitais que possuem contratos com a Secretaria Municipal da Saúde - SMS. Três desses são públicos federais e seis são filantrópicos. Há ainda um serviço filantrópico que possui contrato por dispensa de licitação. Os públicos estaduais recebem os valores constantes no termo de compromisso entre entes públicos firmado desde a gestão plena e que vem sendo renovado semestralmente até o presente momento. Os demais prestadores, sejam eles filantrópicos ou privados credenciados antes da gestão plena e que foram repassados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB, recebem valores de acordo com a produção apresentada e aprovada mensalmente na Coordenadoria de

Regulação e Avaliação (CRA) da SMS que procede ao lançamento no sistema de informações ambulatorial e hospitalar, respectivamente SIA/SIHD-SUS do DATASUS - Ministério da Saúde. A SMS paga esses prestadores através do Fundo Municipal da Saúde de acordo com o decreto 1.232 de 30 de agosto de 1994.⁵(CONASS, p.41)

Os gráficos abaixo foram apresentados ao gestor municipal pela CRA em reunião de lançamento do chamamento público em 30 de setembro de 2009 e servem para ilustrar de forma mais clara de que forma vem sendo utilizados os recursos do SUS em Salvador.



Fonte: Tabwin/Datasus/CRA

Apesar de existirem 101 serviços ambulatoriais especializados, a maioria pertence à rede complementar ao SUS e não estabelecem ligação com a atenção básica, funcionando de acordo com seus interesses, ou seja, pela lógica da produção de procedimentos. Por outro lado, a rede municipal que dispõe de 100 unidades básicas ou de saúde da família, apesar de apresentar uma grande quantidade de procedimentos no sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS), esses

⁵ CONASS- PROGESTORES, Legislação do SUS, 2003

procedimentos são quase que exclusivamente da atenção básica e não representam financeiramente os maiores gastos da gestão na área da saúde. Infelizmente, pouco se gasta na prevenção e promoção e por isso muito se gasta no tratamento e reabilitação.

Diagnóstico de problemas dos nós críticos na rede de serviços:

Baixa cobertura da atenção básica

Um dos principais problemas verificados na rede SUS nesse município é a baixa cobertura do programa de saúde da família (PSF). Salvador possui uma das piores coberturas do programa, principalmente se compararmos com cidades proporcionalmente semelhantes no número de habitantes e desenvolvimento urbano. A tabela seguinte foi elaborada tomando-se por base, o período de outubro de 2006 a dezembro de 2008.

Nela percebemos a evolução negativa que vem obtendo a cobertura do PSF no nosso município, que despencou de 16% em outubro de 2006, para 10,17% em dezembro de 2008. No mesmo período, a cobertura do PSF em Belo Horizonte caiu de 73,20% para 71,45%.

A atenção básica é a principal entrada de acesso ao sistema SUS e deve responder por cerca de 80% das demandas de saúde da população (BRASIL, 2006, p.35). *Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes*⁶. Cabe também a atenção básica, proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

⁶ BRASIL, O SUS DE A a Z, Garantindo a Saúde nos Municípios. Brasília-DF, 2006.

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Bucal**Unidade Geográfica:** Município – SALVADOR - BA**Competência:** Outubro de 2006 a Dezembro de 2008

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família
			Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2006	10	2.673.560	427.800	16,00
2006	11	2.673.560	396.750	14,84
2006	12	2.673.560	396.750	14,84
2007	01	2.673.560	396.750	14,84
2007	02	2.673.560	396.750	14,84
2007	03	2.673.560	396.750	14,84
2007	04	2.673.560	396.750	14,84
2007	05	2.673.560	420.900	15,74
2007	06	2.714.018	407.100	15,00
2007	07	2.714.018	389.850	14,36
2007	08	2.714.018	345.000	12,71
2007	09	2.714.018	338.100	12,46
2007	10	2.714.018	372.600	13,73
2007	11	2.714.018	396.750	14,62
2007	12	2.714.018	396.750	14,62
2008	01	2.714.018	389.850	14,36
2008	02	2.714.018	358.800	13,22
2008	03	2.714.018	358.800	13,22
2008	04	2.714.018	351.900	12,97
2008	05	2.714.018	348.450	12,84
2008	06	2.714.018	327.750	12,08
2008	07	2.714.018	327.750	12,08
2008	08	2.714.018	317.400	11,69
2008	09	2.714.018	300.150	11,06
2008	10	2.714.018	272.550	10,04
2008	11	2.714.018	276.000	10,17
2008	12	2.714.018	276.000	10,17

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Bucal

Unidade Geográfica: Município - BELO HORIZONTE/MG

Competência: Outubro de 2006 a Dezembro de 2008

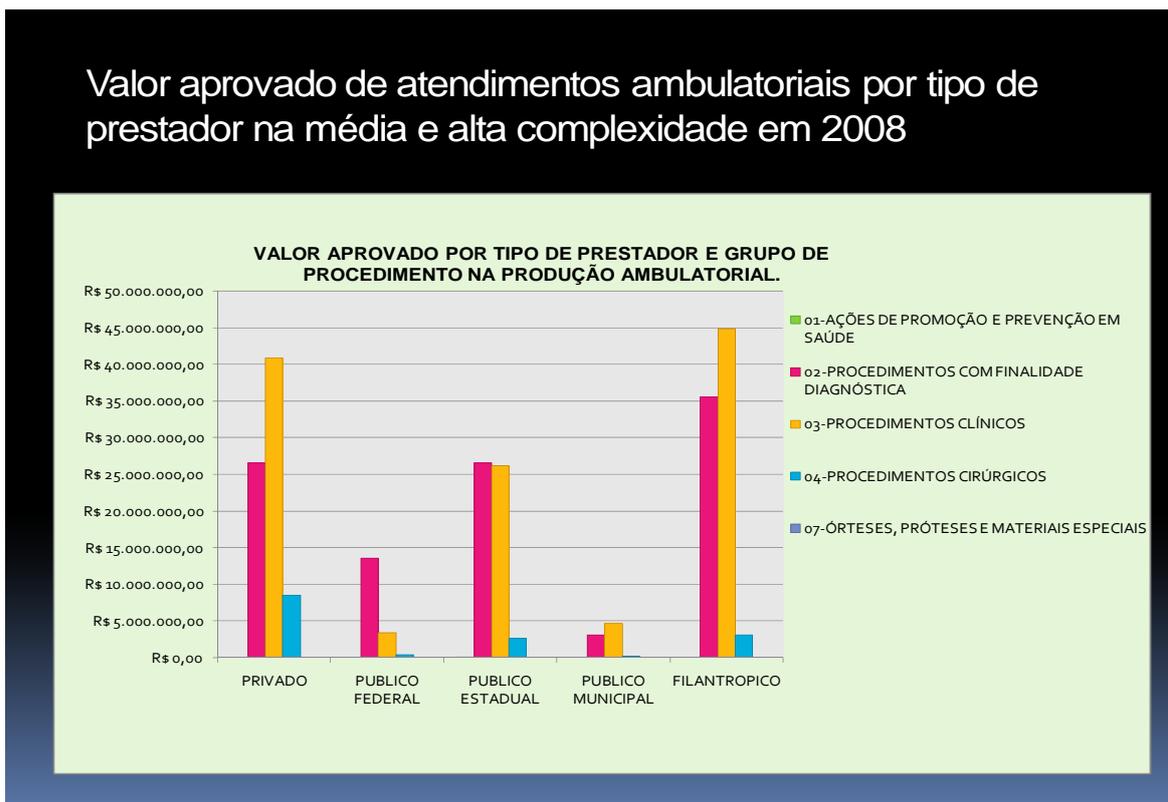
Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família
			Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2006	10	2.375.329	1.738.800	73,20
2006	11	2.375.329	1.735.350	73,06
2006	12	2.375.329	1.728.450	72,77
2007	01	2.375.329	1.738.800	73,20
2007	02	2.375.329	1.738.800	73,20
2007	03	2.375.329	1.738.800	73,20
2007	04	2.375.329	1.738.800	73,20
2007	05	2.375.329	1.738.800	73,20
2007	06	2.399.920	1.738.800	72,45
2007	07	2.399.920	1.728.450	72,02
2007	08	2.399.920	1.417.950	59,08
2007	09	2.399.920	1.583.550	65,98
2007	10	2.399.920	1.669.800	69,58
2007	11	2.399.920	1.669.800	69,58
2007	12	2.399.920	1.669.800	69,58
2008	01	2.399.920	1.652.550	68,86
2008	02	2.399.920	1.662.900	69,29
2008	03	2.399.920	1.607.700	66,99
2008	04	2.399.920	1.624.950	67,71
2008	05	2.399.920	1.642.200	68,43
2008	06	2.399.920	1.645.650	68,57
2008	07	2.399.920	1.642.200	68,43
2008	08	2.399.920	1.649.100	68,71
2008	09	2.399.920	1.714.650	71,45
2008	10	2.399.920	1.714.650	71,45
2008	11	2.399.920	1.714.650	71,45
2008	12	2.399.920	1.714.650	71,45

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Como uma cidade em que a maioria da população depende dos serviços públicos de saúde poderia suportar uma cobertura do programa de saúde da família tão ínfima? De que forma os serviços de atenção especializada podem e devem se organizar a fim de dar conta das demandas de saúde da sua população?

Baixo investimento na promoção da saúde: Em março de 2006, através da portaria nº 687 MS/GM, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Essa política estabelece como objetivo geral: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p.17).⁷

Na tabela abaixo, vemos os recursos que foram disponibilizados para as ações de promoção a saúde no ano de 2008.



O município gastou no ano de 2008, mais com os procedimentos clínicos nos prestadores filantrópicos e privados, seguidos de procedimentos com finalidade

⁷ BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE, VOL.VII, 2006.

diagnóstica. Se possuímos uma cobertura tão baixa do PSF e não investimos na promoção e prevenção da saúde na atenção básica, ficamos à mercê dos encaminhamentos inadequados realizados pelos serviços de média e alta complexidade que não possuem o compromisso com o cuidado integral do usuário. Isso fica evidenciado na fala da usuária portadora de Ca de mama, quando diz: “E: O que a fez procurar este hospital? S: Apareceu um caroço, no lado direito da mama. E: Quando foi que apareceu esse “caroço”? S: Em abril/09. E: Quando a senhora resolveu procurar o médico? S: Em junho/09, quando começou a doer e a crescer. E: O que a senhora fez? S: Falei com minha filha a pedi para ela procurar uma clínica particular. E: Por que não procurou o posto de saúde? S: Porque a demora é muito grande. E: Foi fácil conseguir a consulta particular? S: Não. E: Por quê? S: Porque só marcam 15 pacientes por dia. E: Como foi que a senhora conseguiu então? S: Só consegui na terceira vez, através de um pedido da minha “patroa”, que falou com uma enfermeira, que solicitou a uma médica, amiga dela. E: A senhora foi nesta médica? S: Não, ela nem me viu, só fez o pedido do exame. E: Que exame? S: A mamografia. E: Quando foi isso? S: Em agosto. E: Já tinha feito esse exame alguma vez? S: Já, em 2007. E: Onde? S: No posto de saúde quando eu estava de férias. E: Como foi o atendimento? S: O médico que pediu o exame disse que não tinha nada. E: Ele lhe orientou quando deveria retornar? S: Não, eu fui embora e depois de um tempo joguei o exame fora.

Inexistência de setor específico para a atenção especializada

A Secretaria Municipal da Saúde continua com a mesma estrutura organizacional apesar de estar na gestão plena do sistema municipal desde 2006. Com a assunção da gestão plena, veio também a gestão de serviços em saúde, que ficavam sob a gestão do estado. A Coordenadoria de Regulação e Avaliação foi então criada para dar conta das novas demandas e realizar o processamento da produção ambulatorial e hospitalar. Na assistência, todavia, a Coordenadoria de atenção e promoção a saúde, manteve-se com a mesma estrutura de antes, respondendo apenas pela atenção básica com seus programas e pelo PSF. Essa estrutura inadequada, termina por gerar diversas distorções na rede assistencial, pois

não existindo o setor responsável pela atenção especializada, essas ações vão sendo tocadas pela Coordenadoria de Regulação e Avaliação que possui por sua vez demandas próprias.

Com a criação das câmaras técnicas responsáveis pelas políticas de atenção especializadas nas seis especialidades de alta complexidade, definidas pelo Ministério como redes estaduais, existiu a necessidade de representantes do município para acompanhar e implantar as ações definidas como prioridades dessa rede. São elas: oftalmologia, oncologia, nefrologia, traumato-ortopedia, cardiologia e neurologia. Em não existindo o setor responsável pela atenção especializada, profissionais identificados na rede foram solicitados para responder como representantes desse setor e esses atuam de forma independente e sem articulação com a assistência. Ao longo do período em que estivemos na Coordenação da Coordenadoria de Regulação e Avaliação, esses profissionais eram de certa forma, vinculados a essa coordenadoria, porém, a construção das redes de alta complexidade nas especialidades citadas acima sofreu solução de continuidade e não foram devidamente estabelecidas. Esse fato torna-se relevante quando avaliamos os recursos que foram gastos com a atenção especializada no nosso município de forma desordenada e sem planejamento adequado.

Na tabela abaixo, veremos a quantidade, denominada pelo DATASUS como frequência de procedimentos ambulatoriais realizados em 2008 no município de Salvador e os valores gastos com esses procedimentos:

Frequência por tipo de prestador da produção ambulatorial do município de Salvador no ano de 2008 – por trimestre

Tipo Prestador	1º	2º	3º	Total
PRIVADO	2.490.344	2.606.201	2.574.368	7.670.913
PUBLICO FEDERAL	622.481	754.259	992.363	2.369.103
PUBLICO ESTADUAL	2.530.345	3.131.032	2.607.046	8.268.423
PUBLICO MUNICIPAL	6.756.117	3.674.211	3.822.352	14.252.680
FILANTROPICO COM CNAS VALIDO	3.905.499	1.918.194	1.912.390	7.736.083
Total	16.304.786	12.083.897	11.908.519	40.297.202

Fonte: SIH/SUS

Apesar do grande número de procedimentos realizados pela rede municipal, esse são na sua maioria, da atenção básica, ficando a especializada por conta dos prestadores privados e ou filantrópicos.

Valor aprovado por tipo de prestador da produção ambulatorial do município de Salvador no ano de 2008 – por quadrimestre

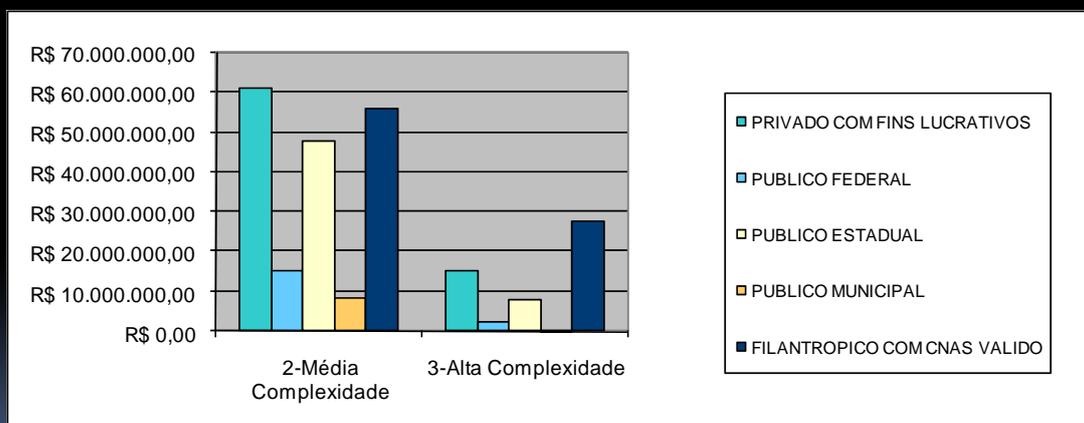
Tipo Prestador	1º	2º	3º	Total
PRIVADO	R\$40.498.232,93	R\$42.722.123,29	R\$42.489.623,64	R\$125.709.979,86
PUBLICO FEDERAL	R\$5.423.220,58	R\$7.361.934,46	R\$10.139.776,41	R\$ 22.924.931,45
PUBLICO ESTADUAL	R\$21.277.518,79	R\$24.773.675,81	R\$24.407.463,90	R\$ 70.458.658,50
PUBLICO MUNICIPAL	R\$2.456.456,59	R\$3.115.249,89	R\$2.866.544,99	R\$ 8.438.251,47
FILANTROPICO COM CNAS VALIDO	R\$40.270.178,67	R\$21.638.497,73	R\$21.565.236,47	R\$ 83.473.912,87
Total	R\$109.925.607,56	R\$99.611.481,18	R\$101.468.645,41	R\$ 311.005.734,15

Fonte: SIH/SUS

Os prestadores privados executaram 7.690.913 (sete milhões, seiscentos e noventa mil e novecentos e treze) procedimentos e receberam em valores financeiros, R\$ 125.709.979,86 (cento e vinte e cinco milhões, setecentos e nove mil, novecentos e setenta e nove reais e oitenta e seis centavos).

Já as unidades de saúde públicas municipais, executaram 14.252.680 (doze milhões, duzentos e cinqüenta e dois mil, seiscentos e oitenta) procedimentos, e receberam apenas R\$ 8.438.251,47 (oito milhões, quatrocentos e trinta e oito mil, duzentos e cinquenta e um reais e quarenta e sete centavos).

Valor Aprovado de Atendimentos Ambulatoriais por tipo de prestador na Média e Alta Complexidade em 2008

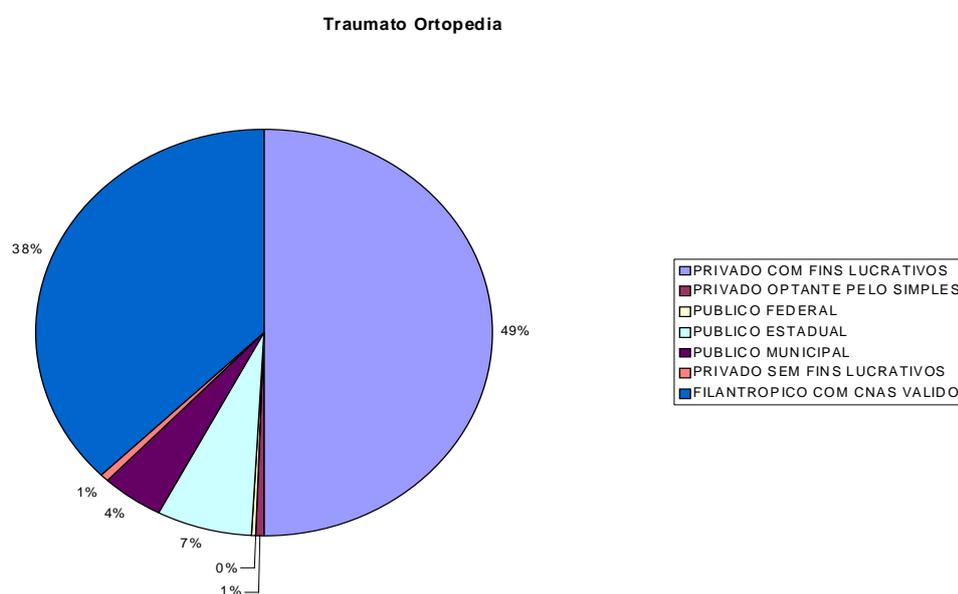


Fonte: Tabwin/Datasus/CRA

O fato dos recursos da média e alta complexidade serem gastos prioritariamente com os prestadores privados, que por sua vez não possuem instrumento legal de contrato com a gestão municipal, aponta para uma assistência voltada para a produção de procedimentos em detrimento da produção do cuidado, O foco não é o usuário e sim os interesses sócio-econômicos dos prestadores de serviços, já que estes são estabelecimentos com fins lucrativos. Em parceria com o CONASS, o Ministério da Saúde publicou em 2007, uma série designada Coleção Progestores, onde no volume 9 dedicado a Assistência de média e alta complexidade no SUS, encontramos compilado, no capítulo 2- Aspectos Gerais, Normas e Procedimentos comuns para o Planejamento, Contratação e Acompanhamento da assistência de Saúde de Média e Alta Complexidade no Sistema Único de Saúde. Nesse capítulo, uma das situações que demandam soluções específicas dos gestores é a oferta de serviços ser superior à necessidade, onde lê-se: (BRASIL, 2007, p.40) ... “muitas vezes ocorrem investimentos na rede privada, lucrativa ou filantrópica de saúde, com aquisição de custosos equipamentos, estimulados pela força do complexo industrial médico, cujas entidades, devido às dificuldades de financiamento, passam a exigir o aumento da

participação ou de recursos públicos do SUS”⁸No relatório de gestão 2008, da Coordenadoria de Regulação e Avaliação da SMS, esse problema está descrito no relatório de Ortopedia em anexo ao documento. Nele está escrito: “*Foram pagos 1.854.396 (um milhão oitocentos e cinquenta e quatro e trezentos e noventa e seis) procedimentos ambulatoriais de ortopedia no decorrer de janeiro a outubro de 2008 com media mensal de 185.439.6 intervenções mensais. Em relação ao mesmo período de 2007 houve acréscimo 745.144 de procedimentos.*

Distribuição proporcional entre prestadores:



Fonte: Datasus

Os prestadores privados com fins lucrativos e filantrópicos realizaram 89% dos procedimentos, os públicos estaduais 7% e municipal com apenas 1%. Apesar dos valores despendidos com recursos ambulatoriais, nos deparamos quase todos os dias com pacientes demandantes do Ministério Público Estadual (MPE) e na sede da Secretaria de Saúde Municipal (SMS) a procura de resolução de fraturas e consultas com especialista a nível ambulatorial

⁸ BRASIL, CONASS, (Coleção Progestores-Para entender a Gestão do SUS) Brasília-DF, 2007.

por falta de acesso.

Existem também dificuldades para assegurar o funcionamento dos serviços à noite e finais de semanas, uma vez que quase todos prestadores privados simplesmente fecham suas portas para os usuários do SUS, nestes horários sob alegação de que recebem uma tabela defasada, e assim impossibilitando garantia do atendimento.

Portanto a SMS deve assumir o gerenciamento da demanda e fortalecer a rede municipal de traumatologia nos postos de saúde agregado a um hospital de referência do Sistema Municipal do trauma para cirurgias de médio porte. A SMS não pode ficar refém dos prestadores que resistem a uma parceria equilibrada, urge a necessidade da recuperação da capacidade de Coordenação e garantia de acesso em toda rede SUS no território de Salvador como preconiza a NOAS para municípios plenos”.

5. OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

5.1 TRAJETÓRIAS DOS USUÁRIOS E FLUXOS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE:

Um estudo exploratório

Neste capítulo nos detivemos na descrição comentada sobre a trajetória percorrida pelos usuários na busca pelo acesso aos serviços de média e alta complexidade, no entanto tais depoimentos trouxeram os rumos e descaminhos provocados pela desorganização da rede assistencial na realidade estudada, bem como enfatizaram a necessidade e a importância de articulação entre os diversos serviços para o atendimento das necessidades dos usuários.

Destacamos no primeiro momento o caso de uma usuária - M. R. S. F., 49 anos, casada, quatro filhos, empregada do lar – portadora de câncer de mama e que retratou a realidade de fluxo e acesso ao serviço especializado de oncologia bem como aos serviços de apoio e diagnóstico de tal doença. Na seqüência de cada caso, apresentamos a descrição do fluxo de atendimento feita por diferentes profissionais da unidade estudada.

E: O que a fez procurar este hospital? S: Apareceu um caroço, no lado direito da mama. E: Quando foi que apareceu esse “caroço”? S: Em abril/09.

E: Quando a senhora resolveu procurar o médico? S: Em junho/09, quando começou a doer e a crescer. E: O que a senhora fez? S: Falei com minha filha a pedi para ela procurar uma clínica particular. E: Por que não procurou o posto de saúde? S: Porque a demora é muito grande.

E: Foi fácil conseguir a consulta particular? S: Não. E: Por quê? S: Porque só marcam 15 pacientes por dia. E: Como foi que a senhora conseguiu então? S: Só consegui na terceira vez, através de um pedido da minha “patroa”, que falou com uma enfermeira, que solicitou a uma médica, amiga dela. E: A senhora foi nesta médica? S: Não, ela nem me viu, só fez o pedido do exame.

E: Que exame? S: A mamografia. E: Quando foi isso? S: Em agosto. E: Já tinha feito esse exame alguma vez? S: Já, em 2007. E: Onde? S: No posto de saúde quando eu estava de férias. E: Como foi o atendimento? S: O médico que pediu o exame disse que não tinha nada.

E: Ele lhe orientou quando deveria retornar? S: Não, eu fui embora e depois de um tempo joguei o exame fora. E: Como e onde a senhora fez esse exame atual? S: Aqui no Hospital, no mesmo dia. E: Como? S: Um funcionário do hospital disse que não precisava nem da requisição, era pra chegar cedo e fazia no mesmo dia. E: Explique como a senhora fez no dia do exame? S: Cheguei aqui umas 05:30h da manhã,

peguei a fila e fui atendida umas 08:00h, depois peguei outra fila, e esperei até 11:00h para fazer o exame. E: Quando fez o exame?

S: Fiz no dia 22 de agosto. E: Teve orientação após o exame? S: Sim, eu recebi um papel para pegar o resultado. E: Quem orientou a senhora e qual foi essa orientação? S: A enfermeira do exame de mamografia. E: Quando foi que a senhora pegou o resultado? S: Dez dias depois, a funcionária da mamografia me explicou tudo. Disse que eu devia voltar prá pegar o resultado e fazer a matrícula aqui no Hospital. E: Quando a senhora pegou o resultado? S: No dia 02 de setembro. E: O que eles lhe informaram nesse dia? S: A mesma moça me entregou o resultado e disse prá eu fazer o cartão amarelo do Hospital. Depois que fiz o cartão, marcaram a consulta com o médico. E: Que dia foi que a senhora voltou para a consulta?

S: Voltei dia 10 de setembro e o médico me examinou e pediu os exames e a biópsia e marcou prá eu voltar dia 15 de setembro. E: Fez todos os exames nesse hospital? S: Só não fiz a ultrassonografia. E: Por quê? S: Porque não tinha vaga e tive que fazer particular. E: Onde a senhora fez e quanto pagou pelo exame? S: Fiz na Clínica particular e paguei R\$ 80,00.

E: Tentou fazer o exame do posto de saúde? S: Não. E: Por quê? S: Por que não tem médico nem aparelho. E: Fez outra consulta hoje com o médico? S: Vim trazer os exames e já marcou outra pro dia 09 de dezembro. E: O que a senhora acha do atendimento deste hospital? S: Foi rápido, apesar de que o povo dizia que demorava. E: Que sugestões gostariam de dar aos gestores municipais? (foi explicado o que significava ser gestor) S: Colocar médicos nos postos de saúde. Levei minha neta no posto e não tinha médico e os aparelhos não funcionavam. Quando tem, estão quebrados. (M. R. S. F. / 49 anos, casada, quatro filhos, empregada do lar)

A usuária procurou diretamente um serviço de alta complexidade sem que antes fosse vista por um médico generalista nem pelo especialista, nesse caso, ginecologista ou mastologista. Sendo ela moradora do bairro do Pau da Lima, teria a sua disposição, nove Centros de Saúde na atenção básica, além de quatro ambulatórios de especialidades privados credenciados ao SUS. Apesar disso, demonstrou não confiar nos serviços dos Centros de Saúde municipais e alega que por trabalhar durante o dia, tem dificuldades de marcar uma consulta e denuncia a falta de profissionais nas Unidades e que os equipamentos quando existem estão quebrados.

Existe uma descrença com serviço público construída na população, que fica arraigada. Como fazer para que haja uma credibilidade nova? O trabalho de Humanização do SUS vem sendo difundido regularmente? Mesmo que seja revertido o quadro atual onde faltam profissionais de saúde nas Unidades Básicas e os que estão trabalhando provavelmente não cumprem a carga horária para a qual foram contratados, como promover uma mudança de paradigma na atitude dos profissionais de saúde pública de forma a fazer com que o trabalho em ato com o usuário, onde as

valises tecnológicas leve-duras e leves⁹ possam ser reconhecidas tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário como processos singulares e indispensáveis na construção do diagnóstico e na conduta adequada?

Em 2007, a usuária procurou o Centro de Saúde do seu bairro e foi atendida pelo médico que lhe solicitou exame de mamografia. Porém em tendo resultado normal, foi liberada sem ter sido orientada quanto ao retorno à consulta para novo exame. Faltou cumprimento de protocolo já existente? Faltou conhecimento da existência de um protocolo de Atenção a Saúde da Mulher?

Para que possamos ampliar o olhar sobre a rotina de trabalho dentro das Unidades Básicas de saúde, deve ser proposto ao gestor municipal, visita a algumas Unidades Básicas em cada um dos doze Distritos Sanitários e posteriormente à entrega do presente trabalho, proceder a uma nova investigação que leve a descoberta das causas prováveis de desconfiança da população na resolutividade das Unidades Básicas de Saúde.

Voltando o olhar para a Unidade Hospitalar onde a usuária recebeu seu atendimento, a despeito do Hospital ser especializado em oncologia e possuir um serviço de alta complexidade, alguns exames como a ultrassonografia (USG), possuem demanda maior que a oferta e a usuária viu-se obrigada a realizá-lo em clínica particular.

Dois meses de intervalo para a consulta com o oncologista, após confirmação diagnóstica feita pelo mastologista, será adequado para uma paciente com diagnóstico de CA de mama?

Existem protocolos estabelecendo prazo mínimo para consulta com oncologista, depois de confirmada a suspeita de câncer? Casos em que o serviço não possua vagas disponíveis no prazo estimado não deveria a gestão municipal intervir e providenciar junto a outro serviço que disponha de consultas?

Segundo os dados da entrevista com funcionários da unidade hospitalar, os pacientes chegam por demanda espontânea no serviço de triagem que funciona de segunda a sexta feira a partir das 06:30h. São distribuídas 80 fichas fora as prioridades (idosos e deficientes etc.). Após recebimento da ficha, o paciente é chamado para atendimento pela equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeira e assistente social. Se for confirmada a suspeita de câncer, a equipe

⁹ MERHY, Saúde A Cartografia do Trabalho Vivo em Saúde, Ed. Hucitec – São Paulo, 2007.

coloca um carimbo na ficha, com o nome da especialidade e o paciente se dirige ao guichê para matrícula no Hospital (cartão amarelo) e marcação da consulta. Essa marcação é feita por funcionário administrativo de acordo com a disponibilidade de agenda dos especialistas. Em casos de dúvidas no diagnóstico, a equipe encaminha o paciente para o especialista de imediato que irá definir se pode ou não fazer a matrícula no Hospital. Caso não seja confirmada a suspeita de câncer, a equipe orienta o paciente quanto ao serviço que o mesmo deve procurar. Informa que desconhece se existe algum tipo de protocolo na secretaria municipal e que atende indiscriminadamente todo e qualquer paciente mesmo quando o município de origem não é referência para Salvador. Estima que o tempo médio para um paciente com suspeita de câncer de mama iniciar o tratamento deve ser de 90 dias.

O profissional entrevistado sugere que o que poderia melhorar o atendimento e a resolutividade no seu setor seria o aumento do número de profissionais médicos especialistas.

No entanto, segundo outro entrevistado, da categoria médica, o fluxo se dá da seguinte forma: paciente chega com o cartão amarelo, é recebido pelo auxiliar de enfermagem que confere a documentação e o encaminha ao plantonista. Na sua maioria os pacientes que chegam ao PA ficam em observação por 6h. Se não tiver melhora do quadro, são internados lá mesmo. Ao ser questionado sobre a regulação, se já utilizou, informa que apenas uma vez, pois, a Central de Regulação entende que todo paciente oncológico deve ser internado lá, mesmo quando a patologia que causou os sintomas que o levaram ao PA não tenha nada a ver com o quadro de câncer. Cita o exemplo de um paciente que esteja se tratando de câncer e chegue com quadro de Infarto Agudo do Miocárdio, terá dificuldades em conseguir ser transferido para outra Unidade. Ele diz que apenas uma vez conseguiu regular um paciente lá no PA.

Considera que a patologia que mais causaria gargalos nesse Hospital e que mais o angustia, são os Tumores de cabeça e pescoço, por falta de profissional especializado.

Observamos que apesar do fluxo ter sido invertido, ou seja, a usuária procurou diretamente um serviço de alta complexidade, em vez de buscar atenção básica isso foi um facilitador por ela ter conseguido resolutividade mais rapidamente e num único lugar preservando o princípio da integralidade, apesar de não ter

conseguido realizar a USG no mesmo lugar. Não estaria então, legitimado que qualquer porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde - SUS poderá ser utilizado para acolhimento e encaminhamentos adequados a despeito do seu nível de complexidade?

Esse modelo de assistência com o foco no usuário preservaria a gestão do cuidado em saúde, já que a atenção básica não está devidamente estruturada para prestar assistência aos usuários do SUS nesse município?

É sabido que Salvador possui problemas típicos das grandes cidades, como a violência urbana, crescimento demográfico, caos no trânsito, falta de infra-estrutura nas vias públicas além de pobreza acentuada. Aliado a isso, é evidente a desorganização dos serviços complementares ao SUS em nossa cidade, onde os atualmente existentes estão distribuídos de acordo com a conveniência dos prestadores de serviço em detrimento dos usuários, tanto na distribuição geográfica, privilegiando uma pequena parcela da população residente na orla marítima e no centro da cidade, quanto na oferta e qualidade dos serviços prestados.

Segundo a direção do hospital, não considera ser o Câncer de Mama, causador de gargalos no Hospital apesar de existir uma demanda muito grande, mas refere que tem profissionais em quantidade suficiente para atender a essa demanda. O mesmo com relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Quando questionados sobre os motivos que podem ter levado às dificuldades que uma paciente teve para fazer uma Ultrassonografia, informou que o equipamento deveria estar quebrado e que realmente a demanda por esses exames é muito grande, pois realizam também para pacientes que não são matriculados. Consideram que os Tumores de Cabeça e Pescoço e os de Esôfago, causam mais gargalos no Hospital.

Os principais motivos que levam a uma grandedemanda de pacientes com CA de mama seriam a falta de atendimento “extra muro”, a deficiência de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e a falta de serviço de referência para a população feminina.

A direção informa ainda, que são atendidos mensalmente no ambulatório cerca de 500 pacientes/mês com CA de mama e são realizadas em média 80 cirurgias de mama por mês.

Disseram ser de grande importância a construção de um fluxo de referência e contra-referência no município e como sugestões para a melhoria do atendimento na

atenção básica, seria que os Centros de Saúde fizessem a promoção, prevenção e atendimento nos casos de suspeita diagnóstica, de cuidados paliativos e curativos nos pacientes operados.

No segundo momento, fizemos visita a uma unidade de referência para doença renal crônica no município estudado e realizamos entrevista com um usuário - L. B., 21 anos, ensino médio, e entrevistamos profissionais desta unidade a fim de conhecer como se dá o fluxo do usuário e o acesso aos serviços oferecidos.

*E: Que serviço de saúde você procurou primeiro? S: Este Hospital. E: Por quê? S: Minha tia trabalhava aqui. Isso foi em julho /2006. E: Conseguiu ser atendido no mesmo dia? S: Não. Depois de esperar muito tempo na recepção, disseram para minha tia que eu tinha que ir para um Hospital de emergência. E: O que você fez? S: Fui para o Hospital *** E: Como foi o atendimento lá? S: Fiquei uma semana no corredor da emergência. Cheguei com fortes dores nos rins e anêmico. E: Que tratamento você fez durante essa semana que você ficou no corredor da emergência? S: Nesse tempo todo, não tomei nenhum remédio e não fiz nenhum exame, só ficava no soro. E: Ninguém examinava você? S: Só um Cardiologista, que pediu uns exames de sangue. E: E os outros profissionais? S: Chegavam e saíam e ninguém fazia nada. Cada dia eu estava só piorando. E: Como foi que descobriram o que você tinha?*

*S: No dia seguinte que o cardiologista me viu, fui avaliado por uma nefrologista Dr^a D que solicitou uma ultrassonografia. Foi ela que me disse tinha problemas nos rins. E: O que aconteceu depois? S: Depois de quinze dias, eu fui para UTI, fiquei 24h lá e depois fui para enfermaria. E: Você sabe dizer por que foi para a UTI? S: Quando acordei já estava lá com um cateter no pescoço, cheio de tubo. A: Ele foi prá lá por que a médica, Dra. D disse que ele tinha que fazer a diálise. Depois ele foi prá enfermaria e ficou lá um mês. E: Como foi esse período que ele ficou na enfermaria? A: Foi muito ruim, lá na enfermaria eles tratavam a gente mal, eu pensava que era por a gente ser negro. S: Eu me sentia acabado, chorava muito e ninguém dava explicação nenhuma. Eu era forte, trabalhava como segurança e depois fui ficando fraco e não era mais ninguém. Era dopado o tempo todo. E: Durante esse período você não fazia hemodiálise? S: Eles me matricularam aqui no hospital e vinha uma vez por semana fazer e voltava. A: Esse tempo muito ruim por que eles demoravam de vir buscar a gente aqui no Ana Nery. E: Eles, quem? A: A ambulância. A gente vinha e na hora de voltar a ambulância demorava e quando a gente chegava no Hospital***, ninguém tinha dado por falta dele. E: Como assim? A: A gente chegava com fome e quando pedia pra servirem alguma coisa prá comer, eles diziam que já tinha passado a hora e que não podiam mais servir nada. Surgiu um comentário que a gente estava tendo relações sexuais na enfermaria só porque ele não tinha forças pra ir no banheiro e eu levava ele lá. Eles me proibiram de acompanhar ele.*

S: Você procurou o Serviço Social prá fazer uma queixa? A: Procurei, mas não adiantou nada. Elas disseram que não podiam fazer nada porque já tinham recebido a queixa da enfermagem, primeiro. E: Quem lhes explicou que tinha Doença Renal? S: Só quando fui para o Hospital das Clínicas é que uma médica nefrologista de lá me explicou tudo. E: Como foi isso?

*S: Depois de um mês que eu estava fazendo hemodiálise uma vez por semana aqui no Hospital, me deram alta lá do outro Hospital*** e disseram que agora eu ia ser atendido no Hospital####. E: Como foi o atendimento lá? S: Fomos atendidos por uma secretária que me matriculou no serviço e depois a médica me atendeu e me disse que o que havia causado a doença era a hipertensão e me entregou um folheto com explicações sobre as drogas que eu tomava e também sobre os sintomas da doença e sobre os exames que eu fazia. E: Como foi o tempo em que frequentou o Hospital####? S: O pior era por que não tinha dinheiro prá tomar transporte e o passe demorou muito prá sair. A: Era difícil por que eu não podia trabalhar pra acompanhar ele e a gente andava muito pra chegar ao Hospital. Nesse tempo a gente morava em Cajazeiras e o ponto era longe. Tinha vezes que ele chegava no Hospital, colocava o cateter e ia pra casa. Era aqui na virilha. Quando a gente chegava em casa, já tinha andado tanto que os pontos saíam e começava a sangrar. Várias vezes a gente tinha que voltar pro Hospital prá colocar tudo de novo e quando chegava em casa já estava de noite com fome e cansado demais. E: Como está a situação de vocês hoje? S: Bem melhor, mais estável. Agora eu estou com a fístula e já recebo o dinheiro do “benefício” Isso também foi ruim porque demora muito pra sair o dinheiro do benefício. Tem gente que até hoje nunca recebeu esse dinheiro. E: Que sugestões vocês gostariam de dar aos gestores municipais? S: Que as pessoas tivessem mais compromisso com o que fazem e mais responsabilidade. A maioria dos profissionais de saúde excluindo os médicos, não trata bem os pacientes e são agressivos e arrogantes. A gente se tornou uma pessoa antipática, pois toda hora tinha que fazer reclamações prá poder ser atendido.*

O usuário trata-se de pessoa jovem do sexo masculino e que até o início dos sintomas que o levaram à internação por conta desse agravamento, não tinha idéia que possuía uma doença crônica.

Em geral, os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançado pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Essa política parte da constatação de que homens, por questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção já que chegam ao serviço de saúde em situação limite! (BRASIL, 2008).

Em 2008¹⁰, um levantamento ouviu cerca de 250 especialistas e mostrou que a população masculina não procura o médico por conta de barreiras culturais, entre outras. Eles foram educados para não chorar e para manter a cultura de que são

¹⁰ BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Brasília- DF. 2008

machos. Também alegam que são os provedores e tem medo de que se descubram doenças, mas hoje as mulheres são tão provedoras quanto eles. Na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. A não-adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002)

No caso específico desse usuário, apesar de não ter tido acesso ao seu prontuário, na análise geral do caso, parece tratar-se de uma glomerulonefrite que não foi devidamente tratada. Quando apareceram os sintomas agudos da doença, procurou um Hospital Especializado que não possui urgência e, portanto só aceita casos referenciados. Esse usuário relata que procurou essa unidade por ter uma tia que já havia trabalhado lá e, portanto poderia ter seu acesso facilitado. Mais uma vez, vai de encontro à idéia do “flipperama” aonde a pessoa vai quicando de um lado para outro e geralmente busca um local mediante a indicação de algum conhecido. Parece não existir um fluxo conformado onde o usuário percorra a rede de serviços de acordo com a complexidade do caso.

Quando esse usuário chegou ao Hospital Geral Público Estadual, já se encontrava bastante debilitado e foi internado no pronto atendimento. Ficou por vários dias no corredor da emergência até que algum médico solicitasse exames de laboratório para chegar a um diagnóstico. Antes disso, recebeu medicação paliativa e não teve orientação alguma sobre seu estado de saúde. Pelo depoimento percebemos a escassez de vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário bem como a falta de comunicação entre os próprios profissionais que terminam prescrevendo sem a continuidade necessária ao acompanhamento dos pacientes que estão ainda na emergência, muitas vezes nos corredores, superlotando os pronto-atendimentos sem resolução nem transferência para leito de internação lá mesmo ou em outra unidade de referência de acordo com a gravidade do caso. Esse é o dia a dia das unidades de emergência dos Hospitais Gerais. Não existe o acolhimento com classificação de risco (ACCR) implantado, faltam leitos de UTI, a regulação não consegue transferência de pacientes com disfunção renal, pois a maioria dos leitos que estão disponíveis, são, de retaguarda em hospitais de menos complexidade que não possuem equipamento nem mão de obra para atender a pacientes renais. Restam apenas de opção, três hospitais com serviço de hemodiálise de urgência no

município. A maioria dos serviços existentes são clínicas particulares conveniadas ao SUS, sem contrato legal e por isso, não recebem pacientes de urgência nem estão sob regulação estadual ou municipal, sendo apenas autorizadas burocraticamente.

Durante o período da gestão 2008-2009, no setor de regulação e avaliação, foram identificados os serviços existentes e feito estudo de necessidades para contratação dos mesmos. O estudo foi realizado por técnicos dessa coordenação com o apoio da SESAB que manifestou interesse em que fosse realizado o chamamento público para contratação dos serviços de nefrologia. Em junho de 2009, a SMS recebeu a visita de auditores do Ministério da Saúde que solicitaram o protocolo de regulação que havia sido construído e consta como anexo desse trabalho (CRA, 2009).

A escolha para iniciar o chamamento público por essa especialidade, dentre outros motivos, se deu por conta do aumento crescente do número de casos de doença renal crônica e por conta do número de máquinas de hemodiálise nos serviços públicos ser inferior à demanda dos usuários, portanto a secretaria municipal da saúde terá que contratar todos os serviços privados existentes.

Após um ano de início do processo de chamamento público, até o presente momento não saiu o edital de convocação e as clínicas privadas permanecem se auto-regulando.

Percebemos que não existiu controle da Unidade com relação à saída e chegada do paciente quando este por fim começou a fazer a hemodiálise. Inicialmente uma vez por semana, pois quando ele chegava, já não podia se alimentar porque não haviam guardado sua refeição, nem da acompanhante, no caso, sua esposa, que se sentiu por diversas vezes, tratada com arrogância, prepotência e discriminação, tendo sido ainda impedida de visitá-lo por denúncias de estar tendo relações sexuais com ele. Qual o papel do serviço social do referido hospital que em nenhum momento acolheu os usuários segundo nos relatou? Existe equipe multidisciplinar atuando no hospital? Já que não nos foi relatada a presença de profissionais como psicólogos que poderiam acolher casos como o desse usuário desde a emergência, continuando o atendimento durante o período de internação.

O usuário relatou que até a chegada e matrícula no programa de hemodiálise do serviço público federal (Hospital Universitário), não sabia nada a respeito da sua doença nem os procedimentos que deveria adotar para prevenir intercorrências

durante o tratamento. Se houvesse um fluxo de encaminhamento pré-estabelecido para atenção especializada, com protocolos técnicos adequados, o usuário poderia ter sido mais bem orientado quanto à sua doença e tratamento?

De acordo com a entrevista da enfermeira responsável pelo setor de hemodiálise, existe um fluxo de entrada dos pacientes no programa e este fluxo foi criado nesse segundo semestre de 2009, antes, portanto, não havia fluxo pré-definido.

Sobre o fluxo em tal unidade de atendimento ao renal crônico, a entrevistada relatou que existem três entradas para o paciente: os que vêm de casa - ambulatoriais; os que estão internados no Hospital; e os que estão internados em outros hospitais da rede SESAB. Estes ficam em uma sala específica, chamada de sala B. São chamados de pontos rotatórios e chegam via Central de Regulação. Conforme a sorologia seja positiva (HIV, HCV e HTLV), eles são encaminhados para salas específicas com turnos separados para cada uma das sorologias positivas.

Eles chegam pela portaria e de lá, são encaminhados para a recepção da hemodiálise, onde aguardam ser chamados para a sala. Há uma ante sala onde é verificado o peso e feita a lavagem da fístula, caso tenha acesso. Uma vez na sala, é feita verificação de PA e se for cateter duplo lúmen ou fístula, procede-se conforme técnica específica de cada um.

Sobre o fluxo de inclusão de novos pacientes no programa, quando surge uma vaga, geralmente por óbito, a informação é passada para a comissão de nefrologia que funciona lá mesmo neste Hospital via CI ou telefone, pelo Serviço Social. Foi sugerido, portanto, pelo entrevistado a melhora dos materiais permanentes e insumos, ou adquirir novos materiais (cadeiras que estão enferrujadas, máquinas quebradas, agulhas de fístulas, etc.).

A mesma também refere dificuldades na inclusão de novos pacientes no programa de hemodiálise pela própria característica da doença, onde os pacientes uma vez iniciado o tratamento, só saem por alta através de transplante renal. Se formos analisar as dificuldades em se conseguir doadores compatíveis, além de se tratar de um procedimento de alta complexidade que só são realizados por poucos prestadores, perceberemos que a demanda será sempre maior que a oferta. Portanto geralmente, só é inserido um novo paciente por óbito de algum outro.

Segundo trabalho realizado por Assis (2009, p. 14):

A disponibilidade de órgãos para transplante não é suficiente para atender a necessidade de transplante da população. Essa afirmação não constitui um achado do presente trabalho, mas sim o grande dilema do processo doação-transplante em qualquer parte do mundo (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004). Marinho (2004) estimou os tempos de espera para transplantes e apresentou valores bastante elevados para todos os tipos de órgãos, variando de 1,643 ano para coração até 11,051 anos para rim (ASSIS, 2009, p. 14).

A profissional destaca ainda a precariedade dos equipamentos nesse serviço considerado de referência e sugere que sejam feitas novas aquisições de cadeiras e outros materiais bem como seja feita a manutenção dos que ainda possuem condições de uso.

Outra profissional, da categoria médica, relata que o fluxo se dá da seguinte forma: pacientes internados em Hospitais da rede própria do Estado: o médico assistente de cada serviço hospitalar, geralmente um nefrologista, identifica o doente, liga para a Central de Regulação Estadual e esta solicita ao HAN via telefone para a Coordenação do serviço. A coordenação, através de formulário próprio, encaminha via fax para a CER, a autorização da hemodiálise. Existem 12 vagas para esse tipo de diálise, chamada de rotativa. O paciente, entretanto nesse caso, permanecerá no Hospital de origem e apenas irá ao HAN para realizar o procedimento. Quando ele chega, é recebido pelo plantonista da hemodiálise. Se ele vier de uma região do Estado que possua serviço de hemodiálise, será oferecido a ele a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI). Caso aceite, ele será treinado por uma equipe de enfermagem que irá lhe ensinar a técnica de diálise. São treinados, o paciente e mais dois familiares. A duração do treinamento é de cerca de um mês. Quanto aos pacientes do interior do Estado, o fluxo se dá da seguinte forma um formulário padrão é preenchido e encaminhado ao Gestor Municipal. Esse formulário apresenta um *check list* com as condições adequadas para orientação da pessoa que fará a visita domiciliar ao paciente, no seu município.

Sobre os pacientes de Salvador, são transferidos para serviços de emergência de hemodiálise, através da CER, após estabilização do paciente. Estando com sorologia pronta, o médico nefrologista responsável pelo serviço aciona a comissão via formulário padrão e solicita inclusão no programa ambulatorial de diálise. Após ser aceito a DP, é procedido o treinamento e solicitado o material que chega diretamente na residência do paciente. O serviço de origem, responsável pelo

paciente fica responsável pelas visitas domiciliares que devem ser compostas de uma equipe formada por enfermeiro e assistente social. A principal dificuldade apontada é a chegada tardia do paciente ao serviço.

Questionada sobre as prováveis causas da procura ser tardia, a médica informa que isso se deve geralmente pela falta de informação da população sobre a Doença Renal Crônica (DRC) e também porque o clínico ou outro profissional que atende o paciente não tem a informação adequada acerca dos critérios de encaminhamento ao nefrologista.

A médica concorda ainda que exista superposição de papéis entre a Comissão de Nefrologia e a Central de Regulação, mas considera este fato positivo, pois segundo ela a comissão agiliza o processo.

Com referência às incidências de causas da doença, a médica informa que a maioria é formada por pessoas com mais de 50 anos, hipertensos ou diabéticos. O restante seria de adulto jovem com algum tipo de glomerulopatia. Desses, uma grande parte é formada por pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e que estão sendo acompanhados por outros especialistas a exemplo de reumatologistas. Existem ainda 15 tipos de glomerulopatias de causas infecciosas ou não infecciosas que cursam de forma silenciosa. Ela refere que o tempo médio desde a primeira consulta nesse hospital e o início do tratamento é de aproximadamente 01 semana. O serviço de CAPD hoje conta com 42 pacientes em tratamento. Quando chegou ao serviço, porém era de apenas 06.

A médica nefrologista responsável pelo setor de CAPD (Diálise peritoneal ambulatorial contínua), além de demonstrar domínio técnico, desenvolve um trabalho de implantação e difusão do serviço, já que quando começou a trabalhar lá, há cerca de um ano, havia apenas 06 pacientes em tratamento e atualmente conta com 42 pacientes. Tendo em vista as características desse tipo de tratamento que requer manejo por parte do paciente que é devidamente treinado no serviço durante um mês, além de infra-estrutura da secretaria municipal que deverá contar com enfermeira e assistente social para as visitas domiciliares. O programa de internação domiciliar no município de Salvador é realizado pela secretaria estadual de saúde, apesar de existirem recursos do Ministério da Saúde para implantação desse serviço, a gestão municipal até o presente momento, não oferece o serviço para os seus municípios.

Acreditamos que deveria haver maior investimento da gestão municipal na prevenção da doença renal, através de capacitação dos profissionais da atenção básica na promoção da saúde, fazendo a detecção precoce do diagnóstico com exames simples de rotina e controle da hipertensão e diabetes e através dos fluxos de referência e contra-referência, com encaminhamentos adequados aos serviços de média complexidade, antes que muitos dos pacientes cheguem às portas das urgências e esbarrem com corredores abarrotados sem infra-estrutura e com profissionais desmotivados e sem vínculo com os pacientes.

O outro caso, que se constituiu no terceiro momento deste estudo, foi o usuário - M. M., 28 anos, ensino médio, casado, e entrevistamos profissionais desta unidade a fim de conhecer como se deve dá o fluxo em uma unidade de referência em trauma no município estudado.

E: Que horas foi esse acidente? S: Às 02h15h (madrugada). E: Quem deu o socorro? S: O SAMU, mas não vi, estava inconsciente. E: E quando você acordou o que estava sentindo e onde estava? S: Estava aqui no Hospital, sentindo dor de cabeça forte e com corte na testa e minha perna estava “fraturada”. E: Perguntado a sua acompanhante (irmã) como foi o atendimento? A: Ele chegou inconsciente, foi prá sala de sutura e lá fez todos os exames (RX, exame de sangue e do coração). De lá veio prá cá e está aqui desde o dia do acidente. E: Quem está acompanhando ele aqui no Hospital? A: Os médicos, as enfermeiras e os auxiliares. E: Está sendo orientada sobre o estado de saúde do seu irmão? A: Eles disseram que não podia operar ele aqui. E: Por quê? A: Por que o caso dele não é grave. E: Onde, então, ele seria operado? A: Eles disseram que ele ia para o Hospital Ernesto Simões ou para o Manoel Vitorino. E: Quem foi que disse isso? A: A regulação. E: Vocês sabem dizer o que é “Regulação”? S/A: Não. E: Como vocês avaliam o atendimento que está recebendo aqui no Hospital? S: Bom, o pessoal do SAMU foi ótimo e até guardaram meu material na hora do acidente. E: Que material? S: Minha mochila com minhas coisas, eu sou técnico de computadores e estava voltando de um serviço. Eles guardaram tudo prá mim. E: E aqui no Hospital? S: Também foi bom, o ruim é que cada hora é um médico diferente. E: O que você gostaria que fosse feito? S: Eles vão me levar pro Hospital Manoel Vitorino, tenho uma cunhada que trabalha lá e está me esperando.

Trata-se de paciente jovem, 28 anos, vítima de acidente com motocicleta que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado diretamente ao Hospital de referência em traumas nesse município. Com referência ao atendimento do SAMU o paciente, apesar de inconsciente, fez elogios, pois haviam “cuidado em das suas coisas”. Chegando ao hospital, foi levado diretamente para a sala de sutura, local onde são atendidos os pacientes vítimas de trauma. Informa que o atendimento lá foi rápido e

os médicos cuidaram dos seus ferimentos e também fez exames onde foi detectado que possuía uma fratura de fêmur fechada. Depois de estabilizado, já tinha sofrido também um traumatismo craniano, foi encaminhado para o ortotrauma, local para onde são levados os pacientes com todo tipo de trauma ortopédico. Segundo informou ele e seu acompanhante e esposa, ele teria que ser transferido para outro hospital por que “o seu caso não era grave”. Disse também que diariamente era examinado por vários médicos diferentes e fazia exames de laboratório. Referiu que algumas pessoas da “regulação” haviam lhe dito que teria que ser operado em outro hospital, provavelmente duas opções citadas que são hospitais públicos estaduais. Perguntamos se ele sabia o que era “regulação” e o mesmo não sabia o que significava. Sabemos da importância da regulação no sistema de saúde público e mesmo assim existe um desconhecimento da população do seu papel e de que forma se dá a operacionalização da mesma. A compreensão desses dois itens poderia proporcionar uma maior adesão dos usuários e a espera por um leito adequado seria sentido de forma menos frustrante.

Citando a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) temos que: “A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde. A regulação no Setor Saúde, enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros tantos sujeitos sociais, é uma ação social complexa, de distintas qualidades que estão, invariavelmente, atravessadas por múltiplos interesses e finalidades.”

Sem querer fazer uma digressão sobre o tema da regulação assistencial, porém, conhecendo a importância do seu papel no Sistema Único de Saúde e em especial no acesso dos usuários bem como sua assistência nos serviços de saúde nas diversas complexidades, destacamos da política nacional de regulação que: a regulação do acesso à assistência, se inscrita nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, consiste em uma organização de estruturas,

tecnologias e ações dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde e de forma a adequar à complexidade de seu problema os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Assim, esta regulação assistencial deve subsidiar o redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), contribuir para otimizar a utilização de recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade da ação, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário” (OPAS/MS, 2006).

De acordo com o depoimento da enfermeira responsável pelo setor de ortotrauma, existe um fluxo pré-definido onde cada paciente que dá entrada nesse setor, é recebido pela equipe de enfermagem que faz a checagem do prontuário e se possuem solicitação de regulação.

Pacientes jovens levam em média de 3 a 5 dias para serem regulados. Idosos com co-morbidades podem levar mais de 30 dias para serem regulados, o mesmo acontecendo para solicitação de clínica médica e neurologia. (essas especialidades são consideradas mais difíceis de resolutividade). De acordo com a enfermeira chefe pelo setor, existem diariamente cerca de cinco fraturas fechadas de fêmur no ortotrauma, aguardando cirurgia ou regulação. Ela aponta como sugestão, um maior comprometimento do profissional médico para com os pacientes.

A maior queixa da profissional é com relação a falta de comprometimento dos médicos. Ela considera que se houvesse envolvimento dos profissionais com o estado de saúde dos pacientes, a maioria dos casos de fratura, poderia ser tratada lá mesmo no hospital sem ter que ser transferido. O inverso acontece, pois apenas as fraturas abertas (expostas) é que são operadas lá nesse hospital. Refere também que deveria haver médicos diaristas e que só os neurologistas é que são diaristas. As demais especialidades como, por exemplo, o clínico geral e o vascular só mediante inter-consulta e quem vêm atender são os plantonistas. Esses não conhecem o paciente e fazem atendimentos pontuais. Muitas vezes um paciente que está aguardando a visita do especialista perde a vaga em determinado hospital por conta do horário já que os plantonistas podem passar a qualquer hora para fazerem a consulta. Outros casos são solicitados exames que demoram em serem realizados e terminam por manter o paciente internado desnecessariamente. Ex. ressonância

magnética, pois esse hospital não possui o equipamento e depende de agendamento em outra unidade hospitalar.

De acordo com o relato do médico, Os ortopedistas trabalham em regime de plantão 24h semanais e cada equipe é composta em média, por cinco profissionais que se dividem entre o ortotrauma, a sutura, a enfermaria de ortopedia e demais enfermarias para atender as solicitações e fazer as prescrições diárias. Não existem ortopedistas diaristas nesse hospital, assim como não fica nenhum profissional disponível no Centro Cirúrgico, só quando chega uma emergência é que eles entram para operar. Ainda segundo ele, no ortotrauma e na sala de sutura também não fica nenhum ortopedista, só indo para esses locais quando solicitados. Indagado quanto à incidência desse tipo de fratura, informou que de cada 10 fraturas que chegam a esse hospital, 6 a 7, são de fêmur.

Informa também que este Hospital, apesar de ser referência em trauma, “está no meio do caminho”, pois recebe muitos pacientes de outras de emergência que não ficam lá, apenas vão prá lá para serem avaliados e depois ficam lá aguardando serem regulados para outras unidades onde serão operados.

De acordo com o especialista, existe vontade dos profissionais em realizar as cirurgias de fraturas fechadas, pois atualmente só são realizadas as cirurgias de fraturas abertas, porém não existe quantitativo de médicos nem de salas cirúrgicas necessárias para dar maior resolutividade às fraturas que chegam diariamente nesse hospital. Sugestões apontadas: Colocar médicos ortopedistas diaristas no ortotrauma e nas enfermarias, para que os plantonistas fiquem disponíveis no centro cirúrgico para realizar maior número de cirurgias.

Com referência ao depoimento do médico plantonista ortopedista, destacamos a estranheza do profissional quanto ao fato de serem encaminhados pacientes de fratura fechada para lá, oriundos de outras unidades de pronto-atendimento, apesar de lá não realizar as cirurgias, ou seja, o hospital funciona como um “entreposto” da regulação.

Imaginamos que para a Central Estadual de Regulação, (CER) que recebe solicitações de unidades de menor complexidade, para transferir pacientes de trauma que chegam espontaneamente ou através do SAMU e outros (Salvar, polícia militar, etc.) fica mais seguro, colocá-los em unidades de referência de trauma, como a analisada, porém, para o médico assistente dessa unidade, torna-se incongruente essa

transferência. Faz-se necessário analisar diretamente com a CER, as situações explanadas acima e esse não é o objeto do nosso estudo.

Segundo o depoimento de um profissional do setor de Regulação, esse tipo de agravo causa congestionamentos no setor de regulação do hospital, principalmente se for paciente idoso e com co-morbidades. No caso específico do usuário entrevistado, apesar do mesmo ter sido admitido na madrugada do sábado, a solicitação de regulação só chegou na terça-feira (três dias depois).

Sobre o fluxo no setor de Regulação as solicitações de autorização de internação hospitalar, (AIH), quando chegam à sala de regulação, são carimbadas no verso e preenchidas com os seguintes dados: dia, hora e tipo de solicitação. São digitalizadas no sistema operacional (SUREM) adotado pela SESAB. A regulação faz o agendamento de vaga e sai à procura do paciente. Diariamente o médico plantonista da Central de Regulação, liga para disponibilizar as vagas. O posto da Regulação vai à procura dos pacientes para que possam ser transferidos de acordo com o perfil de cada hospital. É feita busca ativa dos pacientes, diariamente pela equipe, através de uma planilha controle constando de: nome do paciente, idade, local onde se encontra internado (ex.: ortopedia, sutura, CCA), data admissão, diagnóstico principal e observações (que são as pendências). É feita a escolha do paciente baseado no perfil da Unidade onde exista a vaga. Diariamente é feita nova revisão do paciente para ver se existem pendências a serem resolvidas. Caso o mesmo possua exames complementares e liberação dos especialistas a equipe da regulação faz uma entrevista com o paciente para ver se ele refere alguma patologia prévia, verifica os exames complementares, anexa AIH, cópia da prescrição e alta dos especialistas e faz preenchimento do relatório de transferência.

A profissional enumera algumas dificuldades que tornam o trabalho da regulação mais difícil e lento. São elas: Horário imposto pelos Hospitais para a entrada dos pacientes (geralmente até as 17h); quantidade insuficiente de ambulâncias para o transporte (pelo mesmo motivo, termina causando congestionamentos) e pacientes idosos que necessitam de próteses, geralmente não são aceitos pelas Unidades Hospitalares que tem perfil de atendimento.

Para melhorar a resolutividade desse tipo de agravo, a profissional sugere que seja unificado o atendimento das fraturas fechadas principalmente de fêmur evitando a rejeição por parte das Unidades dos pacientes idosos que irão precisar de Unidade

de Tratamento Intensivo (UTI) e também por causa da necessidade de uso das próteses.

A sua opinião com relação às Unidades Básicas de Saúde é de que elas possuem dois problemas: Falta de profissional médico para atendimento e falta de informação da população que por achar que não terá resolutividade nos Centros de Saúde, vão direto para as Unidades Hospitalares de alta complexidade, congestionando essas Unidades. Considera ainda que a construção de um fluxo de referência e contra-referência seria a solução para o problema da rede assistencial.

No depoimento dado pelo profissional responsável pela regulação nesse hospital, a profissional destaca como fatores que mais influenciam no tempo de transferência, a demora na liberação dos especialistas, a recusa dos prestadores, mesmo estando o paciente dentro do perfil da unidade para onde ele será regulado, os médicos assistentes que atendem à regulação, recusam o paciente, caso ele apresente co-morbidades, escaras, alteração na função renal principalmente. Alguns hospitais, (Contratualizados) inclusive, exigem que sejam realizados exames de uréia e creatinina de rotina e caso haja alguma alteração nas dosagens, não é aceita a regulação desses pacientes. Essa conduta dos prestadores vem sendo notada pela CER de forma acentuada principalmente por conta de Salvador não ter assumido o comando único sobre seus prestadores, já que o município está na gestão plena desde 2006. (Brasil- Ministério da Saúde – 2007 anexo B p.26)¹¹

Isso se deve ao fato de Salvador não ter assumido a regulação dos leitos e até o presente momento, só operacionalizar a regulação ambulatorial, sob a forma de autorização de procedimentos e acompanhamento das contratualizações dos Hospitais que aderiram ao programa do ministério de incentivo à contratualização (Hospitais de Ensino ou Filantrópicos).

Se cada prestador deve responder apenas a um gestor, como podemos supor que o mesmo responderá ao gestor dos leitos, no caso, o estado e não ao gestor municipal, fonte de sua receita? Infelizmente essa situação só vem agravando o caos por que passam as emergências dos Hospitais Públicos (Estaduais) e os Pronto-Atendimentos (municipais e estaduais), já que são os únicos a atenderem sob regime de plantão 24h. Os Hospitais contratualizados, sejam eles, Públicos Federais ou

¹¹ (Brasil - Ministério da Saúde- Termo de Compromisso de Gestão Municipal/ Brasília-DF- 2007)

Filantrópicos, recebem nas 24h do dia, só aceitando pacientes até as 17h, causando congestionamentos das ambulâncias. Mesmo estando dentro do plano operativo desses hospitais, receber pacientes nas 24h do dia, durante os sete dias da semana, eles não cumprem o que consta no contrato e não sofrem qualquer punição por conta disso.

As duas Centrais de regulação, de internação (estadual) e ambulatorial (município), funcionam de forma independente, com sistemas de regulação diferentes que não se comunicam e fluxos e protocolos diversos. Não existe intercambiamento de informações e os prestadores, aproveitam-se dessas fragilidades gestoras para seguirem definindo quem deve ou não deve ser atendido em “seus” hospitais.

5.2 Apresentação de uma proposta de intervenção

Neste momento apresentaremos como proposta de intervenção a construção do fluxo de referência e contra-referência desde a atenção básica até a média e alta complexidade hospitalar baseada na gestão do cuidado. A previsão de duração desse projeto de intervenção é de um ano.

Para a elaboração desta proposta seguimos três etapas. Na primeira etapa, deverá ser feito o levantamento das necessidades estruturais e de recursos humanos na atenção básica, o levantamento de necessidades na assistência da média e alta complexidade bem como identificação dos principais agravos que deverão inicialmente ser selecionados para servir de projeto piloto; Os levantamentos que foram realizados por ocasião da implantação da marcação das consultas especializadas poderão ser aproveitados, porém, atualizados. Essa etapa envolve diversas Coordenadorias além do setor de programação da Coordenadoria de Regulação e Avaliação, e deverá ter a duração de seis meses.

Na segunda deverá ser feita a capacitação dos profissionais de saúde da rede própria municipal através de três seminários, com duração de 12h cada, a serem realizados em auditório com capacidade suficiente para acomodação de todos os participantes, preferencialmente em local distinto da Secretaria, sendo um para cada região assistencial, com a presença dos profissionais de saúde da atenção básica e dos pronto-atendimentos, a Universidade Federal da Bahia, gestores e técnicos da

Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, além de pessoas de outras Secretarias que obtiveram êxito na construção de fluxos de referência e contra-referência. Como exemplo, citamos o projeto “BH-VIDA” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE; BELO HORIZONTE, 2003).

Nessa oportunidade serão estabelecidos os protocolos técnicos que deverão ser adotados nas unidades da rede própria municipal, bem como o estabelecimento de critérios para encaminhamento dos usuários às unidades de média e alta complexidade. Em anexo, exemplo de modelos de protocolos de nefrologia e de oncologia desenvolvidos pela Coordenadoria de Regulação e Avaliação da Secretaria de Saúde. Essa etapa deverá ter a duração de três meses.

Na terceira etapa realizaremos a implementação dos formulários adequados ao encaminhamento dos usuários da atenção básica e ou de urgência e emergência à atenção especializada, modelos em anexo, bem como a pactuação com a rede de atenção especializada para o acolhimento dos usuários de acordo com os fluxos estabelecidos. Nessa etapa, as especialidades que serão selecionadas são as que já houverem sido licitadas por meio do chamamento público. Como já fora citado, a falta de regulamentação dos prestadores de serviços da rede complementar ao SUS, acarreta encaminhamentos inadequados e desordenados, desconectados com a regulação e geram demandas artificiais na rede de serviços. Destacamos, portanto a importância de serem realizadas as licitações. Essa etapa deverá ter a duração de três meses.

Alguns formulários foram desenvolvidos pela Coordenadoria de Regulação e Avaliação e aprovados pelo gestor, e publicados no Diário Oficial do Município de 02 de outubro de 2008. Os mesmos deverão substituir as antigas guias SUS 1, ultrapassadas e que são sujeitas a fraudes.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral do presente trabalho é propor um novo fluxo de encaminhamento dos usuários desde a atenção básica/ urgência-emergência, até a de média e alta complexidade, baseada na produção do cuidado. Através da verificação no atendimento dos usuários em serviços de referência/alta complexidade hospitalar, pretende-se conhecer a trajetória percorrida por eles até o atendimento especializado e a existência ou não de articulação entre os diversos níveis de atenção, bem como os desafios à integralidade da assistência.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estabelecer critérios para encaminhamentos dos usuários para a atenção especializada;
- Adotar protocolos técnicos nas unidades de saúde municipais;
- Implementar formulários de solicitação de consultas e exames especializados;
- Estabelecer fluxos de encaminhamento dos usuários entre os diversos níveis de atenção;
- Capacitar os profissionais de saúde municipais nos fluxos que deverão ser estabelecidos;
- Promover melhor integração entre os prestadores de serviços ao SUS municipal, através da construção; dos novos fluxos de referência e contra-referência na rede SUS municipal;

7. CRONOGRAMA

2009:

- **ABRIL E MAIO:** Apresentação da proposta do pré-projeto à equipe de professores da UFBA, revisão bibliográfica, definição do problema, introdução, justificativa, objetivos gerais e específicos;
- **JUNHO E JULHO:** Escolha das unidades de saúde e dos tipos de agravos para o estudo exploratório;
- **AGOSTO E SETEMBRO:** Definição do questionário proposto, entrega dos ofícios dirigidos aos gestores hospitalares pelo gestor municipal;
- **OUTUBRO:** Pesquisa de campo, preparação do material das entrevistas e observações dos entrevistadores do estudo exploratório;
- **NOVEMBRO:** Apresentação do pré- projeto aos colegas e professores em oficina na UFBA;
- **DEZEMBRO:** Problematização, revisão e elaboração da segunda etapa da pesquisa – Proposta de intervenção;

2010:

- **JANEIRO:** Revisão do trabalho, considerações finais;
- **FEVEREIRO:** Entrega do trabalho.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após cinco anos decorridos, percebemos que a gestão municipal em nossa cidade patina nessas e em outras questões de relevância para a administração pública. O vínculo dos profissionais de saúde em sua maioria permanece transitório com contratos tipo REDA ou terceirizações fazendo com que o profissional não se sinta comprometido com a instituição e faça o seu trabalho de forma mecânica e pontual, cumprindo “tabela”. Muitos deles possuem duplos e até triplo vínculo sobrepondo a sua carga horária e causando prejuízos à gestão. Hoje a Secretaria possui cerca de sete mil profissionais no seu quadro de pessoal sendo que destes, a maioria não possui vínculo permanente mediante concurso público.

Outro fato que consideramos bastante agravante na gestão municipal é a troca constante de gestores, principalmente de 2005 até os dias atuais quando contabilizamos quatro gestores distintos assumindo a pasta.

Apesar do grande número de clínicas especializadas/ambulatório de especialidades, a maioria deles é privada, ou seja, serviços complementares ao SUS e não obedecem a critérios de encaminhamentos ou fluxos de referência da atenção básica, não agregando valor ao atendimento do usuário que percorre a rede tal como lançado num fliperama onde a “bola sai quicando de acordo com a sorte”, podendo a depender desta, ou do poder que a ela for agregado, ser adequada ou pessimamente atendido e conseqüentemente, diagnosticado.

Esse fato chamou a nossa atenção nesse estudo, pois fica bem claro que o diagnóstico precoce e conseqüentemente a boa resolutividade de determinado agravo, está na dependência de outros fatores (sorte, indicações de conhecidos) que não os fluxos existentes na gestão municipal.

Esses fluxos, que deveriam estar em sintonia entre a atenção básica e a especializada de média e alta complexidade tornam-se ineficazes mesmo quando existentes por não seguirem padronização nem consenso entre os prestadores de serviço e a gestão.

Até o presente momento a gestão municipal não possui setor específico para cuidar da atenção especializada no município e esse fato leva a uma perda de visão ampla das necessidades dos usuários por atenção especializada seja ela ambulatorial ou hospitalar. Os usuários são atendidos pelos prestadores demandados muitas vezes

por médicos da iniciativa privada que cobram consultas a preços populares e solicitam exames que os usuários não conseguem pagar, gerando encaminhamentos que são descontinuados e muitas vezes sem critérios adequados, já que esses usuários não estão sendo acompanhados pela atenção básica na sua maioria.

Com referência à rede privada complementar, até o presente momento, não existe contrato formal de prestação de serviços e estes atendem mediante suas próprias necessidades e interesses. Estão em sua maioria, localizados na região central da cidade e os serviços oferecidos são os que apresentam melhor remuneração na tabela de procedimentos ou de baixo custo operacional para essas empresas. Motivados por interesses políticos e econômicos, se sobrepõem em diversas áreas assistenciais e não oferecem suporte de retaguarda para a atenção básica.

Sabe-se das imensas dificuldades enfrentadas pelos gestores de municípios que aderiram ao pacto e que, portanto estão na gestão plena do sistema, mas entende-se que sem o comando único, todos os esforços empenhados terminam por serem pouco benéficos, pois os prestadores de saúde tendem a estabelecer vínculos com o gestor que paga pelos serviços e no nosso município, até o presente momento a gestão municipal ainda não assumiu a regulação dos leitos hospitalares, que se encontra sob o poder do Estado. Esse por sua vez, fica refém dos prestadores justamente por conta dos vínculos que foram estabelecidos entre esses e o gestor municipal.

Espera-se que o novo fluxo sirva como ferramenta de gestão, orientando os profissionais de saúde nos critérios que serão adotados no encaminhamento dos usuários à média e alta complexidade, sejam esses, centros de referência ou unidades de saúde especializadas e até aos Hospitais. Assim como, possibilitar o acompanhamento dos usuários através de sistema informatizado via rede a ser implantado nas unidades de saúde municipais. Deverá também, através da contra-referência, servir para o re-encaminhamento desses, de volta às unidades de origem, onde podem estabelecer vínculos mais acolhedores e duradouros.

REFERÊNCIAS

ASSIS, F. N. **Dez anos de transplantes sob a lei da vida**. 2 ed. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos. Disponível em: www.adote.org.br, acesso em: 29/11/ 2009, p. 14.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria da Assistência à Saúde. Coordenação de Regulação. **Manual para Implantação de Centrais de Regulação**. Salvador SESAB, 2003.

_____. _____. _____. **Regulação de Assistência à Saúde: o que o município precisa saber**. Salvador: Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde. Coordenação de Regulação, 2005.

BATISTA, T.; MIRANDA, H. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In MERHY, E. E. e outros. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Campinas/São Paulo: EdUnicamp/Hucitec, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Brasília: Ministério, 2004.

_____. _____. **Manual de Orientação para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Secretaria de atenção à saúde – SAS. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas – DRAC. Série técnica: desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. **A Política de Regulação no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **O SUS de A a Z**. Garantindo a saúde dos municípios, 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Série Pactos Pela Saúde**, Vol. 7, 2006.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. **Noções Básicas sobre os processos de apoio e gestão**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. COLEÇÃO PROGESTORES/ **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HILLMAN, J. **Tipos de Poder**. Cultura Editores Associados: Axis Mundi, 2001.

_____. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. **A Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar**. Campinas, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo em Saúde, Ed. Hucitec – São Paulo, 2007.

PAIM, J.S. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: **A Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.99.

APÊNDICE

Of. SMS.

Salvador, 07 de outubro de 2009.

Origem: SMS

Destino: HAM

ATT. Dr. Aristides Maltez Filho

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, apresento-lhe os servidores municipais: Alcione Bastos Alves, médica reguladora do SAMU e Jorge Luiz Fortes de Magalhães, Administrador Hospitalar, exercendo sua função na Central de Regulação Municipal. Os mesmos estão realizando projeto de pesquisa para o CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS – BA cujo tema é: Desafios na Construção de fluxos de Referência e Contra-Referência entre a rede básica e a de média e alta complexidades Hospitalar, baseado na gestão do Cuidado.

Para tanto, selecionaram três Unidades Hospitalares onde será feita a pesquisa em questão. Considerando ser esse importante Hospital, referência numa das patologias a serem estudadas pelos pesquisadores, Ca de Mama, solicito de V. S^a, fornecer as condições necessárias ao bom êxito do trabalho, que certamente irá trazer benefícios à Gestão do SUS no nosso município e conseqüentemente, melhorar o fluxo de encaminhamento dos pacientes que buscam esta Unidade Hospitalar.

Sugerimos como data, o dia 14 de outubro do presente ano e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Acrescentamos que os mesmos não irão necessitar de materiais de qualquer natureza e estarão devidamente identificados com crachá funcional da Secretaria Municipal da Saúde.

Certos de contar com a sua prestimosa colaboração,

Cordialmente

José Carlos Raimundo Brito

Secretário

M.D. Aristides Maltez Filho

Diretor Geral do Hospital Aristides Maltez

Of. SMS.

Salvador, 07 de outubro de 2009.

Origem: SMS

Destino: HGRS

ATT. Dr. Paulo

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, apresento-lhe os servidores municipais: Alcione Bastos Alves, médica reguladora do SAMU e Jorge Luiz Fortes de Magalhães, Administrador Hospitalar, exercendo sua função na Central de Regulação Municipal. Os mesmos estão realizando projeto de pesquisa para o CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS – BA cujo tema é: Desafios na Construção de fluxos de Referência e Contra-Referência entre a rede básica e a de média e alta complexidades Hospitalar, baseado na gestão do Cuidado.

Para tanto, selecionaram três Unidades Hospitalares onde será feita a pesquisa em questão.

Considerando ser esse importante Hospital, referência numa das patologias a serem estudadas pelos pesquisadores, Doença Renal Crônica, solicito de V. S^a, fornecer as condições necessárias ao bom êxito do trabalho, que certamente irá trazer benefícios à Gestão do SUS no nosso município e conseqüentemente, melhorar o fluxo de encaminhamento dos pacientes que buscam esta Unidade Hospitalar.

Sugerimos como data, o dia 14 de outubro do presente ano e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Acrescentamos que os mesmos não irão necessitar de materiais de qualquer natureza e estarão devidamente identificados com crachá funcional da Secretaria Municipal da Saúde.

Certos de contar com a sua prestimosa colaboração,

Cordialmente

José Carlos Raimundo Brito

Secretário

M.D. Paulo

Diretor Geral do Hospital Geral Roberto Santos

Of. SMS.

Salvador, 07 de outubro de 2009.

Origem: SMS

Destino: HGE

ATT. Dr. André Luciano

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, apresento-lhe os servidores municipais: Alcione Bastos Alves, médica reguladora do SAMU e Jorge Luiz Fortes de Magalhães, Administrador Hospitalar, exercendo sua função na Central de Regulação Municipal. Os mesmos estão realizando projeto de pesquisa para o CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS – BA cujo tema é: Desafios na Construção de fluxos de Referência e Contra-Referência entre a rede básica e a de média e alta complexidades Hospitalar, baseado na gestão do Cuidado.

Para tanto, selecionaram três Unidades Hospitalares onde será feita a pesquisa em questão.

Considerando ser esse importante Hospital, referência numa das patologias a serem estudadas pelos pesquisadores, Fratura de Fêmur, solicito de V. S^a, fornecer as condições necessárias ao bom êxito do trabalho, que certamente irá trazer benefícios à Gestão do SUS no nosso município e conseqüentemente, melhorar o fluxo de encaminhamento dos pacientes que buscam esta Unidade Hospitalar.

Sugerimos como data, o dia 13 de outubro do presente ano e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Acrescentamos que os mesmos não irão necessitar de materiais de qualquer natureza e estarão devidamente identificados com crachá funcional da Secretaria Municipal da Saúde.

Certos de contar com a sua prestimosa colaboração,

Cordialmente

José Carlos Raimundo Brito

Secretário

M.D. André Luciano

Diretor Geral do Hospital Geral do Estado

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - EESP
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS - BA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Alcione Bastos Alves e Jorge Luiz Fortes de Magalhães, estamos convidando você a participar como entrevistado (a) de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Hospitalar ao SUS - SESAB que tem como objetivo conhecer a trajetória percorrida pelo usuário munícipe de Salvador que busca ou chega até o atendimento especializado e a existência ou não de articulação entre os diversos níveis de atenção.

Se você consentir, sua entrevista será gravada em mídia player – MP3. Após a entrevista você pode solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material da gravação será arquivado pelos pesquisadores por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e as entrevistadas não serão remuneradas pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade das pesquisadoras.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com um dos pesquisadores através do telefone (71) 3116.3945.

Após ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção deste trabalho de conclusão, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador-Ba, ____ de _____ de 2010.

Entrevistado (a)

Alcione Bastos Alves/ Jorge Luiz Fortes de Magalhães
Pesquisadores responsáveis

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - EESP
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS - BA**

Alcione Bastos Alves
Jorge Luiz Fortes de Magalhães

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS USUÁRIOS

Iniciais, idade, nível de escolaridade, estado civil, residente em:

1. Por que está no atual Hospital?
2. Foi trazido por quem?
3. Há quanto tempo começaram os sintomas da atual doença?
4. Quais os serviços que procurou?
5. Que providências foram tomadas nesses serviços?
6. Quanto tempo já se encontra no atual Hospital?
7. Foi visto por quais profissionais?
8. Sabe qual o encaminhamento que será dado a seu caso?
9. O que está achando do atendimento?
10. Que providências gostaria que fossem adotadas?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - EESP
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS - BA**

Alcione Bastos Alves
Jorge Luiz Fortes de Magalhães

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Categoria Profissional:

Cargo/Função:

1. Com referência ao usuário Fulano de tal, qual o seu papel no caso?
2. Que fluxos são usados nesse caso?
3. Em média quanto tempo leva para esse tipo de problema ser atendido?
4. Quais as dificuldades que você enfrenta no dia a dia nesse tipo de patologia?
5. Que sugestões você daria para agilizar o atendimento?
6. Esse tipo de patologia é perfil desse Hospital? Por quê?
7. Quais os demais profissionais envolvidos no atendimento desse tipo de patologia?
8. Saberá dizer em média quantas patologias semelhantes são atendidas por dia nesse Hospital?
9. Quais os encaminhamentos que serão dados nesse caso?
10. Considera que essa patologia gera filas de espera nesse Hospital?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - EESP
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR - SUS - BA**

Alcione Bastos Alves
Jorge Luiz Fortes de Magalhães

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AO
GESTOR/COORDENADOR**

1. Considera que a patologia escolhida para a pesquisa causa gargalos no seu Hospital?
2. Por quê?
3. Que outra importante patologia gostaria que fosse analisada pela equipe?
4. Saberria dizer qual a incidência desse tipo de patologia mensalmente nesse Hospital?
5. Que profissionais seriam necessários para que o problema estudado fosse solucionado em tempo razoável?
6. O SADT é adequado para solucionar esse tipo de patologia nesse Hospital?
7. Em sua opinião, quais os principais motivos da demanda por essa patologia nesse Hospital?
8. Que sugestões gostariam de dar aos gestores com referência a esse caso?
9. Considera importante a construção de um fluxo de referência e contra-referência desde a atenção básica até a média e alta complexidade Hospitalar como forma de organização da rede de serviços nesse município?
10. O que acha dos serviços de atenção básica nesse município?

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

ONCOLOGIA

CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

2009

PLANO DE INTEGRAÇÃO DOS PACIENTES DOS SERVIÇOS ISOLADOS DE ONCOLOGIA AOS UNACON/CACON

SALVADOR – BA

Historicamente, a assistência, no Brasil, ao paciente oncológico vem sendo prestada em hospitais ou em serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia. Quando prestada em hospitais, por conta da sua própria infraestrutura, a assistência tende a ter um caráter integral, dispondo de meios diagnósticos, cirurgia e internação. Já nos serviços isolados, é prestada parte da assistência ao paciente, ou seja, a oferta de serviços constitui-se, apenas, em uma das alternativas de tratamento do câncer, como sendo: a quimioterapia ou radioterapia. Desse modo, os prestadores de serviços isolados não atendem a outras necessidades que o paciente venha a apresentar, como por exemplo, internação, realização de exames, cirurgias, entre outras, configurando-se em uma assistência fragmentada e desarticulada.

Atento a essa situação, o Ministério da Saúde, responsável pela definição da política de alta complexidade do SUS, vem, desde 1998, re-estruturando a atenção em oncologia, na construção de uma linha de cuidado integral ao paciente. Em dezembro de 2005 foram editadas 02 portarias: a MS/GM nº. 2.439 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e a MS/SAS nº. 741 que regulamentou a política determinando, como modo de qualificar a atenção ao paciente portador de câncer, que a sua assistência seja prestada em unidades hospitalares que realizem o diagnóstico, tratamentos

cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, internações por complicações, assistência multiprofissional e cuidados paliativos.

Na Bahia, a Rede Estadual de Atenção Oncológica encontra-se definida pela Resolução CIB/BA nº. 154 de 08/11/07. Especificamente em relação aos serviços integrantes da rede em Salvador, para atendimento da sua população e da população referenciada, estão habilitados os seguintes hospitais:

-
-
- Hospital Aristides Maltez, CNES 0003786, CNPJ 15.180.961/0001-00: como Centro de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com oncologia pediátrica e capacidade de atendimento para 4.000 casos novos de câncer por ano.
 - Hospital Santa Izabel, CNES 0003832, CNPJ 15.153.745/0002-49: como Unidade de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com oncologia pediátrica e radioterapia e com capacidade de atendimento para 1.000 casos novos de câncer por ano.
 - Hospital São Rafael, CNES 0003808, CNPJ 13.926.639/0001-44: como UNACON com radioterapia, com capacidade de atendimento para 1.000 casos novos de câncer por ano.
 - Hospital Santo Antonio - OSID, CNES 2802104, CNPJ 15.178.551/0001-17: como UNACON, com capacidade de atendimento para 1.000 casos novos de câncer por ano.
 - Hospital Professor Edgard Santos (HUPES), CNES 0003816, CNPJ 15.180.714/0001-04: como UNACON exclusivo para o atendimento de neoplasias malignas de origem hematológica.
 - Hospital Martagão Gesteira, CNES 0004278, CNPJ 15.170.723/0001-06: UNACON exclusivo para o atendimento de oncologia infantil.
 - Hospital Geral Roberto Santos, CNES 0003859, CNPJ 13.937.131/0053-72: homologado pela CIB/BA, em fase de estruturação para compor um UNACON com o Centro Estadual de Oncologia (CICAN).

Quanto aos Serviços Isolados, atualmente existem 06 (seis) de quimioterapia e 01 (um) de radioterapia na nossa rede, a saber:

1. Instituto Geraldo Andrade de Medicina (IGA), CNES 0005533, CNPJ 00.741.698/0001-04 (desabilitado em fevereiro/2009);
2. Núcleo de Oncologia da Bahia (NOB), CNES 0005118, CNPJ 41.980.319/0001-08;
3. Clínica de Oncologia (CLION), CNES 0005630, CNPJ 13.501.218/0001-71;
4. Centro de Hematologia e Oncologia (CEHON), CNES 0007145, CNPJ 01.837.492/0001-37;
5. Sociedade de Oncologia Ltda. (ONCO), CNES 0005525, CNPJ 14.309.637/0001-79;
6. Centro Estadual de Oncologia (CICAN), CNES 0003921, CNPJ 13.937.131/0056-15 – unidade sob a gerência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e que continuará na rede integrando-se ao Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) formando um UNACON.
7. Hospital Português, CNES 0004251, CNPJ 15.166.416/0001-51 - Serviço Isolado de Radioterapia.

A PT MS/SAS 741/05 prevê ainda que, à medida que fossem habilitados os UNACON e CACON, os serviços isolados de quimioterapia e radioterapia fossem substituídos e desabilitados em um prazo de 01 (um) ano, prazo este que findaria em fevereiro de 2008 e que, através de negociação com o MS, foi prorrogado para fevereiro de 2009.

Desde a publicação da Política e a sua regulamentação, a SMS de Salvador vem realizando discussões com o Ministério da Saúde (MS) e com a SESAB, construindo um Plano de Integração dos pacientes que estão em tratamento nos serviços isolados de quimioterapia às unidades hospitalares. Dentre as estratégias adotadas, previmos a habilitação do Hospital Santo Antônio e da onco-

pediatria do Hospital Aristides Maltez para comporem a retaguarda necessária a essa integração. Essas habilitações só vieram a acontecer em setembro e outubro de 2008, respectivamente, e a alocação dos recursos necessários ao teto financeiro de Salvador só ocorreu em janeiro do ano em curso, dificultando, desse modo, a execução do Plano de Integração.

Frente a esses percalços e objetivando a continuidade da assistência aos pacientes oncológicos, em reunião com a representante do Ministério da Saúde, em 13 de fevereiro deste ano, solicitamos prorrogação do prazo para a desabilitação dos serviços isolados. O Ministério da Saúde nos concedeu um período de 06 (seis) meses - até 31/08/09 - para os

Serviços Isolados de quimioterapia e até dezembro de 2011 para os Serviços Isolados de radioterapia, por conta do alto déficit da oferta desse tipo de tratamento no país.

Para identificação precisa das unidades com capacidade de absorver os pacientes dos Serviços Isolados, relacionamos a Programação Física Orçamentária (PFO) versus a média de produção de fevereiro a dezembro de 2008 dos UNACON / CACON:

Estabelecimentos	FPO	Média de produção em 2008
Hospital Aristides Maltez	1.549	1.709
Hospital São Rafael	*180	222
Hospital Santa Izabel	655	387
Hospital Santo Antonio	350	Ainda sem produção
Centro Estadual de Oncologia - CICAN	942	779
HUPES	213	77

Fonte: Datasus. * A FPO do HSR deverá sofrer alteração para maior para adaptar-se à sua capacidade como UNACON.

Em relação aos Serviços Isolados de Salvador, segundo dados do SIA/SUS e de relação de pacientes em tratamento apresentada pelo prestador, em abril de 2009 existiam 1.395 pacientes em tratamento. Destes, 888 são adultos em tratamento com Hormonioterapia, 214 adultos em quimioterapia

para tumores sólidos, 74 adultos em quimioterapia para tumores hematológicos e 171 crianças/adolescentes em quimioterapia como demonstrado no quadro abaixo.

NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS UNACON E CACON – ATÉ MARÇO DE 2009						
HOSP.	ADULTO				CRIANÇA E ADOLESCENTE	TOTAL
	HORM.	SÓLIDO	HEMATOLÓGICO	TOTAL		
HSI	161 (32,92%)	206 (42,13%)	122 ¹ (24,95%)	489	49	538
HSR	157 (61,81%)	67 (26,38%)	30 (11,81 %)	254 (95,13)	13 (4,87%)	267 (100%)
HAM	*	*	*	*	*	*
HUPES	*	*	*	*	*	*
CICAN	*	*	*	*	*	*
TOTAL						

Fonte: Datasus.

*O HAM, HUPES e o CICAN até o momento não encaminharam a listagem dos pacientes em tratamento.

¹ 41 LMC com 37 em uso de GLIVEC

NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS SERVIÇOS ISOLADOS – ATÉ ABRIL DE 2009						
SI	ADULTO				PEDIÁTRICO	TOTAL
	HORM.	SÓLIDO	HEMATOLÓGICO	TOTAL		
CEHON	61 (80,26%)	08 (10,53%)	07 (9,21%)	76	-	76
CLION	190 (97,94%)	04 (2,06%)	00 (0%)	194	-	194
IGA	283 (64,46%)	110 (25,06%)	46 ¹ (10,48%)	439	48	487
NOB²	250 (85,91%)	38 (13,06%)	03 (1,03%)	291	-	291
ONCO	104 (55,91%)	54 (29,03%)	18 (9,68%)	176	171*	347
TOTAL	888	214	74	1.134	219	1.395

Fonte: DATASUS. Este quadro deverá ser modificado à medida que for fornecida, pelos prestadores, a listagens atualizada dos pacientes.

Prováveis adolescentes acima de 17 anos de idade 10 pacientes(5,38%).

O estudo analítico apresentado, a capacidade instalada e o perfil das unidades apontam para uma proposta da SMS em relação à implementação da política de atenção oncológica do Ministério da Saúde que apresentamos a seguir:

FLUXO DE PACIENTES DOS SERVIÇOS ISOLADOS PARA A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA				
SERVIÇOS	ADULTO			PEDIÁTRICO
	HORMONIOTERAPIA	SÓLIDO	HEMATOLÓGICO	
CEHON	HSI	HSI	HSI	-
CLION	HSI	HSI	HSI	-
IGA	HSA	HSA	HSA	HMG
NOB	HSR + CICAN	HSR + CICAN	HSR + CICAN	-
ONCO	HSR + CICAN	HSR + CICAN	HSR + CICAN	HSI

O Hospital Santo Antonio, o Hospital Santa Izabel e o Hospital Aristides Maltez absorverão todos os pacientes novos adultos que não mais poderão ser matriculados nos serviços isolados.

Cumprindo o prazo da Portaria SAS/MS n.º 62 de 11 de março de 2009 onde foi prorrogado o atendimento dos pacientes oncológicos nos serviços isolados até 31 de agosto de 2009, o início das transferências desses pacientes será a partir de 01 de junho de 2009, sendo concluída em 100% até 31 de agosto de 2009.

1.1 A TRANSFERÊNCIA SE DARÁ:

- Através da Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA), que entrará em contato telefônico com cada um dos usuários em tratamento hoje nos Serviços Isolados de Quimioterapia orientando-os quanto à unidade hospitalar que irá atendê-lo, já agendando uma

consulta prévia. Nesta consulta, o hospital se compromete a entregar ao usuário uma correspondência da SMS contendo todas as informações quanto às novas medidas adotadas em acordo com a Portaria Ministerial nº 741/2005.

- Salientamos que este plano será apresentado às entidades, principalmente as vinculadas à saúde, a exemplo de CREMEB, ABM, Conselho Municipal e Estadual de Saúde, Ministério Público Estadual, COSEMS e DORES, para informar sobre a política de atenção oncológica, e solicitar apoio dessas entidades.

1.2 EM ANEXO FLUXO PARA PACIENTES NOVOS E RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA MARCAÇÃO DAS CONSULTAS

Salvador, 29 de Maio de 2009.

Alcione Bastos Alves
Coordenadora de Regulação e Avaliação

ANEXO I

Os pedidos de consultas iniciais em Oncologia poderão ser feitos por qualquer médico, seja ele de unidade da rede própria ou conveniada ao SUS. O pedido deverá ser feito através do Formulário para Solicitação de Consultas Especializadas do SUS devidamente preenchido com dados cadastrais do paciente, especialidade requerida, CID-10 de Oncologia e assinatura sob carimbo do médico.

O usuário residente em Salvador e Região Metropolitana se dirige à recepção de uma das Unidades de Saúde relacionada no anexo III, portando o Formulário para Solicitação de Consultas Especializadas, relatório médico e exames complementares que justifiquem o pedido. A documentação deverá ser entregue à assistente social, que acolherá o usuário e observará o correto preenchimento dos documentos, solicitando em seguida o

agendamento à CRM, caso o processo não seja finalizado no momento, esta profissional solicitará ao usuário que retorne à unidade em 48 horas, para concluir seu agendamento. Neste caso os documentos serão encaminhados à Central de Regulação via malote, para análise do médico regulador e agendamento, conforme suspeita diagnóstica apontada e critérios pré-estabelecidos de regulação. Os documentos são, então, devolvidos à unidade de saúde solicitante, ficando à disposição do paciente, com a consulta marcada e uma chave de segurança com local, data, horário e profissional médico responsável pelo atendimento.

O usuário se dirige, então, à recepção da unidade executante no dia e horário agendados, portando o Formulário para Solicitação de Consulta e a chave de segurança. Acessando o sistema CYGNUS, na interface Unidade Executante, o funcionário do hospital prestador de serviço confirma o agendamento do paciente, direciona-o ao consultório do médico e lança a chave de segurança no sistema, confirmando o atendimento.

Além do agendamento, propriamente dito, a atuação da Central de Regulação nesse fluxo ocorre alimentando o sistema com a disponibilidade de consultas dos prestadores e acompanhando a efetivação do atendimento ao usuário, por meio da confirmação da consulta no sistema eletrônico, sendo a chave de segurança o elo que une a unidade solicitante e a unidade executante.

Algumas observações merecem destaque no fluxo principal de agendamento de consultas nas Unidades de Saúde da rede própria. São elas:

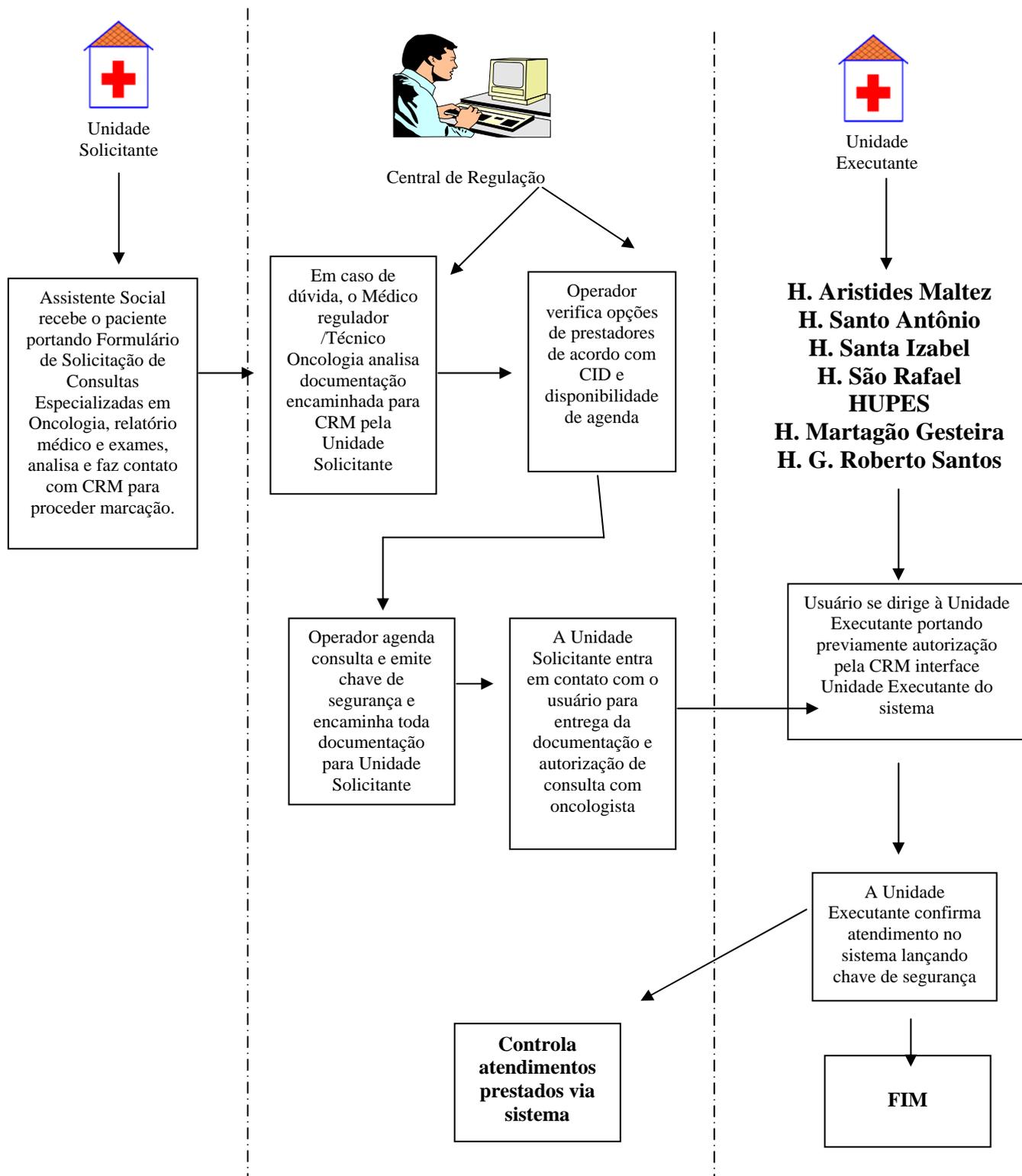
- 1) Todo paciente portando Formulário de solicitação do SUS com suspeita diagnóstica e CID de neoplasia maligna terá direito à consulta especializada em Oncologia;
- 2) A Central de Regulação disponibilizará consultas com especialidades, considerando a capacidade da unidade executante, para prestar atendimento integral às neoplasias relacionadas à especialidade em questão;

3) Toda consulta será regulada pela Central de Regulação.

Na eventualidade do usuário dirigir-se diretamente à unidade executante, a mesma deverá entrar em contato com a Central de Regulação para obter chave de segurança para o atendimento.

Para usuários de outros municípios, as respectivas Secretarias de Saúde Municipais deverão encaminhar via Ofício ou através de fax para o telefone (71) 2201-8629 em atenção ao Núcleo de Agendamento de Consultas Especializadas da Central de Regulação Municipal contendo: solicitação de consulta em oncologia, em formulário do SUS devidamente preenchido e com a informação, do CID10 da suspeita e/ou diagnóstico da neoplasia, relatório médico e exames realizados. Segue abaixo a representação esquemática do fluxo acima descrito.

ANEXO II
FLUXO PARA O AGENDAMENTO DE CONSULTAS NAS
UNIDADES DE SAÚDE E DISTRITOS SANITÁRIOS DA REDE
PRÓPRIA DE SALVADOR E REGIÃO METROPOLITANA



ANEXO III
Relação de Unidades de Saúde para marcação das Consultas
Especializadas e Fisioterapia via Sistema CYGNUS

Distrito Sanitário	Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho	15º CS Eduardo Araújo	Av. Ypiranga, s/n – Vale das Pedrinhas	3611-3542/3543
Distrito Sanitário Cabula/Beiru	PA Rodrigo Argolo	Rua Pernambuco, s/n – Tancredo Neves	3611-7306/7307
Distrito Sanitário Cajazeiras	CS Nelson Piauhy Dourado	Rua Endel Nascimento, Qd. C – s/n – Cajazeiras III – Águas Claras	3611-5313/5314
Distrito Sanitário Centro Histórico	CAE Carlos Gomes	Rua Carlos Gomes, 270 - Centro	3611-4130/4131
Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário	PA Adroaldo Albergaria	Rua das Pedrinhas, s/n - Periperi	3611-5708/5709
Distrito Sanitário Itapuã	13º CS Eduardo B. Mamede	Setor E – Rua ! – Cam. 16 – s/n – Mussurunga I	3611-7216/7217/7237
Distrito Sanitário Boca do Rio	CS Dr. César Araújo	Rua Manoel Quaresma – n.º 08 – Boca do Rio	3611-7317/7318
Distrito Sanitário Pau da Lima	CS Pau da lima	Rua Jaime Vieira Lima – s/n – Pau da Lima	3611-7830/7831
Distrito Sanitário São Caetano/Valéria	18º CS Pércles Laranjeiras	Rua Pitangueiras – s/n – Fazenda Grande do Retiro	3611-5805/5806/5807
	USF Marechal Rondon	Rua Marechal Rondon - s/n – Final de Linha	3611-5208/5209
Distrito Sanitário Liberdade	3º CS Prof. Bezerra Lopes	Rua Lima e Silva – n.º 217 - Liberdade	3241-6647/6477 3611-4138/4139
	16º CS PA Maria Conceição Santiago Imbassahy	Rua Marquês de Maricá – s/n – Pau Miúdo	3386-8003/2086
Distrito Sanitário Brotas	14º CS Mário Andréa	Rua Fortunato Bejamin Saback – s/n – Sete Portas	3611-2958/2962
Distrito Sanitário Itapagipe	10º CS Ministro Alkimin	Rua Lopes Trovão – s/n - Massaranduba	3611-6561/6562

**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO
NEFROLOGIA**

**CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

2009

MANUAL PARA AGENDAMENTO E REGULAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS), através da Central de Regulação Municipal - CRM, esta se estruturando para assumir a responsabilidade do acesso dos usuários do SUS às consultas e procedimentos especializados em nefrologia a fim de garantir atendimento integral, humanizado e equânime ao portador de doença renal. Atualmente o processo de regulação e autorização dos procedimentos substitutivos renais estão sendo realizados pela comissão estadual de nefrologia representada por Dra. Carolina Neves. Este Manual tem como base a portaria 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a política nacional da atenção ao portador de doença renal. O manual descreve os procedimentos e fluxos para operacionalização do processo de trabalho a ser realizado nas Unidades de Saúde (US) da rede própria e pelos prestadores de serviços.

A CRM promoverá capacitação para os profissionais de saúde que hoje trabalham na rede própria municipal divulgando o protocolo de nefrologia, estabelecendo critérios para o encaminhamento dos pacientes a consulta especializada, articulando com a Coordenação de Promoção e Atenção à Saúde – COAPS, que exames diagnósticos deverão ser realizados para diagnóstico precoce e prevenção da doença renal.

Especificamente em relação aos serviços integrantes da rede em Salvador, para atendimento da sua população e da população referenciada em nefrologia, estão habilitados os seguintes hospitais:

Prestador	Consultas	Hemodiálise	CAPD/DPI	Transplante	Distrito Sanitário	Região
Hospital Ana Neri	Sim	Sim	Sim	Sim	Liberdade	II
Hospital Espanhol	Sim	Sim	Não	Sim	Barra	I
Hospital Roberto Santos	Sim	Sim	Sim	Não	Cabula	III
Hospital Português	Não	Sim	Sim	Sim	Barra	I
Hospital São Rafael	Sim	Sim	Sim	Sim	Pau da Lima	III
Hospital Edgard Santos	Sim	Sim	Sim	Não	Barra	I

Quanto aos Serviços Isolados, atualmente existem 06 (seis) de terapia renal substitutiva na nossa rede, a saber

Prestador	Consultas	Hemodiálise	CAPD/DPI	Transplante	Distrito Sanitário	Região
Clinica São Marcos	Não	Sim	Sim	Não	Barra	I
Clinica Senhor do Bonfim	Não	Sim	Sim	Não	Itapagipe	II
CLINIRIM	Não	Sim	Não	Não	Itapagipe	II
Clinica INED	Não	Sim	Não	Não	Brotas	I
Clinica NEPHRON BARRIS	Não	Sim	Sim	Não	Centro Histórico	II
Clinica NEPHRON ITAPUA	Não	Sim	Sim	Não	Itapuã	I

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS), através da Central de Regulação Municipal, em acordo com a SESAB, em breve convocará os prestadores de nefrologia para realizarem contrato de gestão dos seus serviços através de

chamamento público, como também avaliará a necessidade de credenciamento de novos serviços que por ventura sejam oferecidos tomando como base a demanda das solicitações de consultas com nefrologista e procedimentos dialíticos atualmente na rede própria .

Os contratos serão formulados baseados nas normais para credenciamento dos serviços de nefrologia e para habilitação dos centros de referencias em nefrologia, publicadas na portaria n 432 de 06 de junho de 2006 e também no regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise do que tratam a RDC N 154 de 15 de junho de 2004. Será realizada visita técnica em cada serviço antes da contratualização.

Dentre as exigências estabelecidas em contrato com os prestadores terão ênfase as seguintes determinações da portaria Nº 432 DE 06 DE JUNHO DE 2006 que não vêm sendo cumpridas por todos os serviços de diálise;

e - Declaração do Serviço de Nefrologia onde conste a quantidade de consultas em nefrologia que o serviço disponibilizará para pacientes externos referenciados pelo SUS. O número mínimo de consultas/mês a ser oferecido pelo Serviço de Nefrologia será igual ao dobro do número de pacientes em diálise, a cada mês. Este quantitativo será definido, de acordo com a necessidade da rede, entre o gestor municipal ou estadual e o Serviço de Nefrologia. O paciente que não necessitar de tratamento de diálise ou de atendimento especializado em nefrologia, deverá ser contra-referenciado para a Atenção Básica com a orientação a ser seguida por aquele nível de atenção, sendo marcado o retorno ao atendimento, quando necessário.

f - Termo de Compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia e o serviço que realizará a confecção da fístula artério-venosa de acesso à hemodiálise. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando apresentar depuração de creatinina endógena inferior a 25 ml/min, ou dentro de um ano antes do início previsto da diálise.

g - Termo de Compromisso celebrado entre o Serviço de Nefrologia, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela

garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico.

No intuito de avaliar se a oferta hoje existente dos serviços de diálise é suficiente para população de Salvador e de outros municípios cujo Salvador seja referência, foi solicitado através do ofício 045/2009 a relação de pacientes atualmente em tratamento dialítico e número de máquinas disponíveis apresentada abaixo pelos prestadores (falta alguns prestadores enviarem seus dados); Os dados de solicitação de procedimentos dialíticos pela rede serão obtidos junto a SESAB e comissão estadual de nefrologia órgão atualmente responsável pela regulação destes procedimentos

NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS SERVIÇOS ISOLADOS ATÉ MAIO DE 2009				
Prestador	Consultas	Hemodiálise	CAPD/DPI	MAQUINA A
Clinica São Marcos	Não	130 107-Salvador 23 – outros municípios	61	33
Clinica Senhor do Bonfim	Não	289 260 Salvador 29 - outros municípios	Sim(*)	50 máquinas 06 reservas
CLINIRIM	Não	201 177-Salvador 24 - outros municípios	Não	35máquina s 02 reservas
Clinica INED	Não	SIM(?)	Não	25 máquinas
Clinica NEPHRON BARRIS	Não	284 247-Salvador 37 outros municípios	Sim	64máquina s
Clinica NEPHRON ITAPUA	Não	Sim(?)	Sim	26 máquinas

*não encaminhou os dados ao CRA do quantitativo de pacientes do CAPD/DPI

Estabelecimentos	HD	Maquinas	CAPD
Hospital Ana Neri	78 Salvador 45 Interior		SIM
Hospital São Rafael	24 Salvador	16 MAQUINAS	SIM
Hospital Espanhol	74 Salvador 12 Interior		
Hospital Português	55 50-salvador 05 outros municípios	22MAQUINAS 02 RESERVAS	SIM
Hospital Roberto Santos	92 58 salvador 34- outros municípios	21 MAQUINAS	SIM
HUPES	38 pacientes		SIM

**(Em anexo fluxo para pacientes novos e relação das unidades de saúde para
marcação das consultas)**

Salvador, 03 de junho 2009.

Alcione Bastos Alves
Coordenadora de Regulação e Avaliação
 Contatos: (71)3186-1018/1082 – alcionealves@salvador.ba.gov.br

ANEXO I

Os pedidos de consultas iniciais em nefrologia poderão ser feitos por qualquer médico, seja ele de unidade da rede própria ou conveniada ao SUS. O pedido deverá ser feito através do Formulário para Solicitação de Consultas Especializadas do SUS devidamente preenchido com dados cadastrais do paciente, especialidade requerida, CID-10 assinatura sob carimbo do médico.

O usuário residente em Salvador e Região Metropolitana se dirige à recepção de uma das Unidades de Saúde relacionada no anexo III, portando o Formulário para Solicitação de Consultas Especializadas, relatório médico e exames complementares.

O tele-atendente procederá a marcação de acordo com disponibilidade de agenda e entregará a autorização da consulta contendo: a chave, nome do profissional, dia e hora do atendimento.

O usuário se dirige, então, à recepção da unidade executante no dia e horário agendados, portando o Formulário para Solicitação de Consulta e a chave de segurança. Acessando o sistema CYGNUS, na interface Unidade Executante, o funcionário do hospital prestador de serviço confirma o agendamento do paciente, direciona-o ao consultório do médico e lança a chave de segurança no sistema, confirmando o atendimento.

Além do agendamento, propriamente dito, a atuação da Central de Regulação nesse fluxo ocorre alimentando o sistema com a disponibilidade de consultas dos prestadores e acompanhando a efetivação do atendimento ao usuário, por meio da confirmação da consulta no sistema eletrônico, sendo a chave de segurança o elo que une a unidade solicitante e a unidade executante.

Algumas observações merecem destaque no fluxo principal de agendamento de consultas nas Unidades de Saúde da rede própria. São elas:

- 4) Todo paciente portando Formulário de solicitação do SUS com suspeita diagnóstica e CID terá direito à consulta especializada em nefrologia;
- 5) Os demais exames e procedimentos (média e alta complexidade) serão regulados e autorizados pela Central de Regulação Municipal.

Na eventualidade do usuário dirigir-se diretamente à unidade executante, a mesma deverá entrar em contato com a Central de Regulação para obter autorização para o atendimento.

Para usuários de outros municípios, as respectivas Secretarias de Saúde Municipais deverão encaminhar via Ofício ou através de fax para o telefone (71) 2201-8629 em atenção ao Núcleo de Agendamento de Consultas Especializadas da Central de Regulação Municipal contendo: solicitação de consulta em oncologia, em formulário do SUS devidamente preenchido e com a informação, do CID10 da suspeita e/ou diagnóstico de patologia renal, relatório médico e exames realizados. Segue abaixo a representação esquemática do fluxo acima descrito.

ANEXO II

Relação de Unidades de Saúde para marcação das Consultas Especializadas e Fisioterapia via Sistema CYGNUS

Distrito Sanitário	Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho	15º CS Eduardo Araújo	Av. Ypiranga, s/n – Vale das Pedrinhas	3611-3542/3543
Distrito Sanitário Cabula/Beirú	PA Rodrigo Argolo	Rua Pernambuco, s/n – Tancredo Neves	3611-7306/7307
Distrito Sanitário Cajazeiras	CS Nelson Piauhy Dourado	Rua Endel Nascimento, Qd. C – s/n – Cajazeiras III – Águas Claras	3611-5313/5314
Distrito Sanitário Centro Histórico	CAE Carlos Gomes	Rua Carlos Gomes, 270 - Centro	3611-4130/4131
Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário	PA Adroaldo Albergaria	Rua das Pedrinhas, s/n - Periperi	3611-5708/5709
Distrito Sanitário Itapuã	13º CS Eduardo B. Mamede	Setor E – Rua ! – Cam. 16 – s/n – Mussurunga I	3611-7216/7217/7237
Distrito Sanitário Boca do Rio	CS Dr. César Araújo	Rua Manoel Quaresma – n.º 08 – Boca do Rio	3611-7317/7318
Distrito Sanitário Pau da Lima	CS Pau da lima	Rua Jaime Vieira Lima – s/n – Pau da Lima	3611-7830/7831
Distrito Sanitário São Caetano/Valéria	18º CS Péricles Laranjeiras	Rua Pitangueiras – s/n – Fazenda Grande do Retiro	3611-5805/5806/5807
	USF Marechal Rondon	Rua Marechal Rondon - s/n – Final de Linha	3611-5208/5209
Distrito Sanitário Liberdade	3º CS Prof. Bezerra Lopes	Rua Lima e Silva – n.º 217 - Liberdade	3241-6647/6477 3611-4138/4139
	16º CS PA Maria Conceição Santiago Imbassahy	Rua Marquês de Maricá – s/n – Pau Miúdo	3386-8003/2086
Distrito Sanitário Brotas	14º CS Mário Andréa	Rua Fortunato Benjamim Saback – s/n – Sete Portas	3611-2958/2962
Distrito Sanitário Itapagipe	10º CS Ministro Alkimin	Rua Lopes Trovão – s/n - Massaranduba	3611-6561/6562

MODELOS DE FORMULÁRIOS:

 **Prefeitura de Salvador**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Nome: _____
 CNIS: _____ RG: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

 **Prefeitura de Salvador**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Nome: _____
 CNIS: _____ RG: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

Consulta: _____

1ª Consulta Retorno

Resumo clínico: _____

Exame físico: _____

Exames realizados: _____

Consulta: _____

1ª Consulta Retorno

Resumo clínico: _____

Exame físico: _____

Exames realizados: _____

CID: _____

CID: _____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____



Prefeitura de Salvador

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA EXAMES ESPECIALIZADOS

Nome: _____

CHS: _____ RG: _____

Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/Informação

Endereço: _____

Bairro: _____ Mun. de Origem: _____

Unid. Solicitante: _____ CNES: _____



Prefeitura de Salvador

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA EXAMES ESPECIALIZADOS

Nome: _____

CHS: _____ RG: _____

Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/Informação

Endereço: _____

Bairro: _____ Mun. de Origem: _____

Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

Nome dos exames: _____

CID: _____

Resumo clínico: _____

Exame físico: _____

Exames realizados: _____

Nome dos exames: _____

CID: _____

Resumo clínico: _____

Exame físico: _____

Exames realizados: _____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____

Prefeitura de Salvador
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
Endereço: _____
Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

HEMATOLÓGICOS

001 - Hemograma	008 - Hematócrito	015 - T. Sangramento
002 - Plaquetas	009 - Hemoglobina	016 - Prova do Laço
003 - Pesq de HbS	010 - Células LE	017 - Retração do Coágulo
004 - VHS	011 - Eletroforese de Hb	018 - Grupo sanguíneo
005 - Reticulócitos	012 - TP	019 - Fator Rh
006 - Eritrograma	013 - TTPA	020 - Coombs Direto
007 - Leucograma	014 - T. Coagulação	021 - Coombs Indireto

BIOQUÍMICOS

022 - Acido úrico	030 - Creatinina	038 - Gama GT	046 - Sódio
023 - Albumina	031 - Colesterol Total	039 - Glicose	047 - Potássio
024 - Amilase	032 - HDL	040 - GII Pós Prandial	048 - Proteínas Totais
025 - Bilirrubinas	033 - LDL	041 - Hb glicosilada	049 - TGO
026 - Cálcio	034 - Ferro sérico	042 - Fósforo	050 - TGP
027 - Cloreto	035 - Ferritina	043 - Magnésio	051 - Triglicérides
028 - CPK	036 - Capac. Fixação Fe	044 - LDH	052 - Uréia
029 - CKMB	037 - Fosfatase alcalina	045 - Lipase	053 - Alfa-1-GPA

UROANÁLISE

054 - Sumário de urina	056 - Clearace de creatinina	058 - Teste de gravidez
055 - Microalbuminúria	057 - Proteinúria de 24 horas	

COPROLÓGICOS

059 - Parasitológico Fezes - ____ Amostras	064 - Pesq. Rotavírus
060 - Pesq. Baermann - ____ Amostras	065 - Pesq. Leveduras
061 - Pesq. Leucócitos	066 - Pesq. Eosinófilos
062 - Pesq. Sangue oculto	
063 - Pesq. Trofozoítos - Ex. Direto - ____ Amostras	

EXAMES: _____

CID: _____

Obs: _____

Ass. e carimbo do solicitante _____

Data: ____/____/____

Prefeitura de Salvador
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS ESPECIALIZADOS

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
Endereço: _____
Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

NOME DO(S) PROCEDIMENTO(S)

JUSTIFICATIVA

CID: _____

Ass. e carimbo do solicitante _____

Data: ____/____/____

Prefeitura de Salvador
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
Endereço: _____
Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

IMUNOLÓGICOS

067 - ASLO	076 - Anti HVA IgG	085 - CMV IgG
068 - PCR	077 - Anti HVA IgM	086 - CMV IgM
069 - Fator Reumatóide	078 - AgHBs	087 - Toxoplasmose IgG
070 - VDRL	079 - Anti HBe IgG	088 - Toxoplasmose IgM
071 - PSA	080 - Anti HBe IgM	089 - Anti HIV, sorologia
072 - AAT	081 - Anti HBs	090 - HTLV, sorologia
073 - AAM	082 - Anti HCV	091 - PPD
074 - Herpes IgG	083 - Rubéola IgG	
075 - Herpes IgM	084 - Rubéola IgM	

HORMÔNIO

092 - Estradiol	097 - T3	102 - Beta HCG
093 - FSH	098 - T4	
094 - LH	099 - T4L	
095 - Progesterona	100 - TSH	
096 - Prolactina	101 - Testosterona	

MICROBIOLÓGICOS

103 - Pesq. BAAR / Tuberculose - ____ Amostras	107 - Antibiograma
104 - Bacterioscopia - Gram: _____	
105 - Cultura p/ identificação: _____	
106 - Cultura p/ BAAR	

EXAMES: _____

CID: _____

Obs: _____

Ass. e carimbo do solicitante _____

Data: ____/____/____

Prefeitura de Salvador
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS ESPECIALIZADOS

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
Endereço: _____
Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

NOME DO(S) PROCEDIMENTO(S)

JUSTIFICATIVA

CID: _____

Ass. e carimbo do solicitante _____

Data: ____/____/____

 **Prefeitura de Salvador**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAGEM E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

Nome: _____ RG: _____
 CNIS: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

 **Prefeitura de Salvador**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAGEM E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

Nome: _____ RG: _____
 CNIS: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

Código procedimento tabela SUS: _____
 CID: _____

Código procedimento tabela SUS: _____
 CID: _____

Resumo Clínico: _____

 Ao Exame Físico: _____
 Marcha: _____
 ADM: _____
 Força Muscular: _____
 Testes: _____
 Contraturas: _____
 N° de sessões solicitadas: _____
 Reavaliação: _____

Resumo Clínico: _____

 Ao Exame Físico: _____
 Marcha: _____
 ADM: _____
 Força Muscular: _____
 Testes: _____
 Contraturas: _____
 N° de sessões solicitadas: _____
 Reavaliação: _____

Ass. e carimbo do solicitante

DATA: ____/____/____

Ass. e carimbo do solicitante

DATA: ____/____/____



Prefeitura de Salvador

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

Nome: _____

CNS: _____ RG: _____

Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/informação

Endereço: _____

Bairro: _____ Mun. de Origem: _____

Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

EXAME SOLICITADO: _____

QUEIXAS E TEMPO DE DOENÇA: _____

ASSINALE AS ALTERAÇÕES:

ANTECEDENTES: A) TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	B) ANASTOMOSE DE NERVO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DOR GENERALIZADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOR IRRADIADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A DOR IRRADIADA É: <input type="checkbox"/> TIPO RADICULAR <input type="checkbox"/> TIPO TRAJETO DE NERVO, QUAL NERVO?	
QUAL A ALTERAÇÃO SENSITIVA: <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> HIPOESTESIA <input type="checkbox"/> DESESTESIA <input type="checkbox"/> EM LUVA <input type="checkbox"/> EM BOTA	
A ALTERAÇÃO SENSITIVA SEGUE TRAJETO: <input type="checkbox"/> RADICULAR <input type="checkbox"/> TRAJETO DE NERVO, QUAL NERVO?	
ATROFIA: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> PROXIMAL <input type="checkbox"/> DISTAL <input type="checkbox"/> TENAR <input type="checkbox"/> HIPOTENAR <input type="checkbox"/> MÃO <input type="checkbox"/> PÉ	
FRAQUEZA: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> PROXIMAL <input type="checkbox"/> DISTAL	
CID: _____	

AVALIAÇÃO DE REFLEXOS E FORÇA	REFLEXOS		FORÇA MUSCULAR: 0 A V	
	<input type="checkbox"/> PRESENTE: +		<input type="checkbox"/> 0 (ZERO)	
	<input type="checkbox"/> AUSENTE: -		<input type="checkbox"/> I	
	<input type="checkbox"/> AUMENTADO: †		<input type="checkbox"/> II	
	<input type="checkbox"/> DIMINUIDO: ‡		<input type="checkbox"/> III	
			<input type="checkbox"/> IV	
			<input type="checkbox"/> V	

SINDROMES: <input type="checkbox"/> CEREBELAR <input type="checkbox"/> PIRAMIDAL <input type="checkbox"/> EXTRAPIRAMIDAL <input type="checkbox"/> VEGETATIVA
NERVO CRANIANO ACOMETIDO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X
PARALISIA FACIAL: <input type="checkbox"/> DIREITA <input type="checkbox"/> ESQUERDA <input type="checkbox"/> BILATERAL
SUSPEITA CLÍNICA:
A) POLINEUROPATIA: <input type="checkbox"/> HEREDITÁRIA <input type="checkbox"/> ADQUIRIDA
B) MONONEUROPATIA: <input type="checkbox"/> ÚNICA <input type="checkbox"/> MULTIPLA
C) RADIOCULOPATIA: <input type="checkbox"/>
D) PLEXOPATIA: <input type="checkbox"/>
DNM. QUAL A SUSPEITA?
<input type="checkbox"/> POLIOMIELITE <input type="checkbox"/> ATROFIA ESPINHAL <input type="checkbox"/> ELA
<input type="checkbox"/> SINDROME DE ELA
POLINEUROPATIA ADQUIRIDA. QUAL A SUSPEITA?
<input type="checkbox"/> CIDP <input type="checkbox"/> GUILLAIN BARRÉ <input type="checkbox"/> CARENCIAL
<input type="checkbox"/> METABÓLICA <input type="checkbox"/> DIABÉTICA INFECCIOSA
<input type="checkbox"/> OUTRAS QUAIS? _____
DOENÇAS COEXISTENTES:
<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPOTIREOIDISMO
<input type="checkbox"/> HANSENÍASE <input type="checkbox"/> AMILOIDOSE
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA, QUAL?: _____
<input type="checkbox"/> OUTRAS, QUAIS?: _____
PONTO DE COMPRESSÃO DO NERVO?:
<input type="checkbox"/> RAIZ <input type="checkbox"/> DESFILADEIRO <input type="checkbox"/> COTOVELO <input type="checkbox"/> GOTEIRA DO RADIAL
<input type="checkbox"/> PRONADOR <input type="checkbox"/> TÚNEL DO CARPO <input type="checkbox"/> CANAL DE GUYON
<input type="checkbox"/> FOSSA POPLÍTEA <input type="checkbox"/> CABEÇA DE FÍBULA <input type="checkbox"/> TÚNEL DO TARSO
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
MIOPATIA. QUAL A SUSPEITA?
<input type="checkbox"/> DISTROFIA <input type="checkbox"/> MIOTONIA <input type="checkbox"/> POLIMIOSITE <input type="checkbox"/> MIASTENIA
<input type="checkbox"/> SINDROME MIASTÊNICA
USO DE MEDICAÇÃO E EXAMES JÁ REALIZADOS:

Ass. e carimbo do solicitante
DATA: ____/____/____



Prefeitura de Salvador

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA

Nome: _____
 CN: _____ RG: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____



Prefeitura de Salvador

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA

Nome: _____
 CN: _____ RG: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: M F
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena S/ Informação
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Mun. de Origem: _____
 Unid. Solicitante: _____ CNES: _____

GLAUCOMA:
 CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR PAQUIMETRIA
 CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO

RETINA
 RETINOGRAFIA A CORES
 RETINOGRAFIA FLUORESCENTE

CATARATA
 BIOMETRIA OLHO D BIOMETRIA OLHO E

CÓRNEA
 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA
 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA

ULTRASSONOGRAFIA OLHO D ULTRASSONOGRAFIA OLHO E
 TESTE DE ADAPTAÇÃO DE VISÃO SUBNORMAL
 OUTROS:

CID: _____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____

GLAUCOMA:
 CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR PAQUIMETRIA
 CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO

RETINA
 RETINOGRAFIA A CORES
 RETINOGRAFIA FLUORESCENTE

CATARATA
 BIOMETRIA OLHO D BIOMETRIA OLHO E

CÓRNEA
 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA
 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA

ULTRASSONOGRAFIA OLHO D ULTRASSONOGRAFIA OLHO E
 TESTE DE ADAPTAÇÃO DE VISÃO SUBNORMAL
 OUTROS:

CID: _____

Ass. e carimbo do solicitante

Data: ____/____/____

