

# ***REGULAÇÃO E AUDITORIA COMO DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO EM REDES DE ATENÇÃO***

***Marília C. P. Louvison***

***Profa Dra Faculdade de Saúde Pública da USP***

***2019***

***mariliacpl@gmail.com***

# **POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS**

**Regulação sobre Sistemas de Saúde**

**SISTEMAS**

**Regulação da Atenção à saúde**

**SERVIÇOS**

**Regulação do acesso à assistência**

**AÇÕES**

**Regulamentação Médico Fiscalização**

**Controles públicos**

# Modelos de Atenção

## Racionalidades Técnico Assistenciais

### **Lógica individual da cura**

**Incorporação tecnológica pouco racional**

**Poder especializado, médico, hospitalar**

**Lógica serviços complexos, fragmentada**

**Formação especializada voltada para os interesses do mercado**

**Fila como lugar de não cuidado.**

**Subfinanciamento como descuido**

**Sistema em permanente disputa !**

### **Modelo cuidador**

**Produção do cuidado em rede**

**Gestão e linhas de cuidado**

**Educação permanente**

**Redes vivas**

**Humanização**

**Produção compartilhada de saúde**

**Formação ampliada voltada para os interesses da sociedade**

**Sistema solidário que enfrenta as disputas com transparência e honestidade!**

# Princípios do SUS

**Universalidade**

**Equidade**

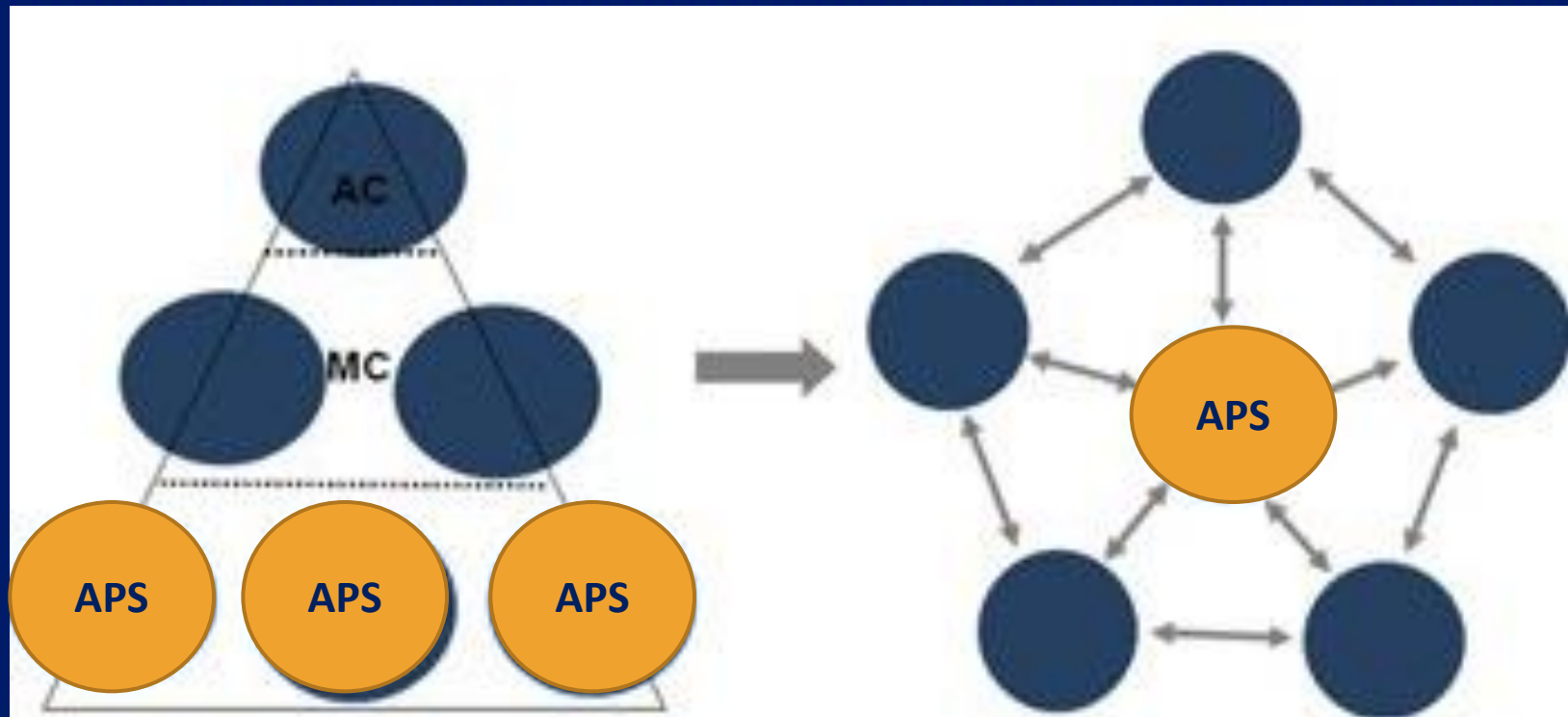
**Integralidade**

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

# Integralidade

- ❑ **Ações de promoção, prevenção e recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas, abordagem holística do indivíduo**
- ❑ **As respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, organizados em redes – continuidade do cuidado**
- ❑ **Intersetorialidade - interação entre políticas pública**

# Regionalização e Hierarquização dos serviços Redes de atenção



**MC – Média complexidade AC – Alta complexidade**  
**APS – Atenção Primária em Saúde**

# SUS como um sistema interfederativo, descentralizado

**Lei 8142/90**

**CONASS**  
**Conselho Nacional**  
**de Secretários Estaduais**  
**de Saúde**

**CONASEMS**  
**Conselho Nacional de**  
**Secretários Municipais**  
**de Saúde**

**Art 198. Parag. Un. O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.**

**Lei 8142/90 Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.**

# O percurso até a sua implantação

1923

**Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) - Lei Eloy Chaves**

1932

**Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)**

1965

**Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**

1977

**Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**



# O percurso de sua construção

**1978**

**Conferência de Alma Ata  
Atenção Primária em Saúde**

**1982**

**Ações Integradas de Saúde (AIS)**

**1986**

**VIII Conferência Nacional de Saúde**

**1987**

**Sistemas Unificados e  
Descentralizados de Saúde (SUDS)**

**1988**

**"Constituição Cidadã"  
Sistema Único de Saúde (SUS)**

**1990**

**Regulamentação do SUS  
Leis orgânicas nº 8080 e 8142**

# A caminhada para efetivar o SUS

**1991**

**Norma Operacional Básica (NOB) 91**  
**1992- IX conferência – A municipalização é o caminho**

**1993**

**Norma Operacional Básica (NOB) 93**  
**A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei Conferencias**

**1996**

**Norma Operacional Básica (NOB) 96**  
**PAB - Piso da Atenção Básica –per capita**  
**PSF – Programa de Saúde da Família**  
**PPI – Programação Pactuada e Integrada**

**2000**

**NOAS (Norma Operacional de Atenção a Saúde)**  
**Regionalização**

**2006**

**Pacto de Saúde :Pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS**

# Decreto 7508 de 28/06/2011

- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

**Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.**

# Decreto 7508 de 28/06/2011

**As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.**

**O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.**

# Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP

## Governança regional

**Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.**

# Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

- **A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.**
- **O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.**
- **A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.**

# Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

- **Documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS**

# Dispositivos de produção do cuidado em rede

- Linhas de cuidado
- Regulação produtora de cuidado nos serviços
- Projeto Terapeutico singular
- Monitoramento
- Matriciamento
- Acolhimento
- Acesso avançado
- Forum de redes
- Apoio de redes



# Regulação da atenção à saúde

**A regulação em saúde é composta por um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos.**

**Abrange tanto o ato de regulamentar (*elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.*) quanto as ações e técnicas que asseguram seu cumprimento (*fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações*)**

# Regulação da atenção

- Organização e fluxos
- Dimensionamento
- Linhas de cuidado
- Filantropicas
- Universitarios
- Contratação e Contratualização
- Contratos de gestão
- OSS
- Atencao especializada
- Atencao hospitalar
- Atencao urgencia

# Linhas de cuidado

- ❑ Fluxos assistenciais centrados no usuário, pactuados pelos gestores dos sistemas e serviços no sentido de facilitar acesso.
- ❑ Itinerário do usuário na rede de saúde que atenda às suas necessidades de saúde, considerando respostas integrais e intersetoriais.
- ❑ Mecanismos que facilitem a coordenação articulada da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.
- ❑ Baseadas em projetos terapêuticos com enfoque no risco e no acolhimento e continuidade do cuidado.
- ❑ Inclui processos de referência e contrarreferência, mediante protocolos estabelecidos.

# Linhas de cuidado

**Linhas de Cuidado (LC) é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. Portaria 4279 de dezembro de 2010**

# Linhas de cuidado

A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional. Portaria 4279 de dezembro de 2010

# Gestão da linha de cuidado

- ❑ **Descrição e análise do itinerário assistencial**
- ❑ **Análise dos ruídos institucionais**
- ❑ **Identificação das linhas guia baseadas em evidências**
- ❑ **Estabelecimento de pactuações que garantam a continuidade do cuidado.**
- ❑ **Reorganização do processo de trabalho**
- ❑ **Colegiado gestor - regulação**

# Rede de Urgência e Emergência

## Condições agudas



# LINHA DE CUIDADO – rede urgencia e emergencia

- **AVC**
- **IAM**
- **TRAUMA**
- **ATENÇÃO DOMICILIAR**
- **CUIDADOS PROLONGADOS**



Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, define-se como constituintes da Linha de Cuidados em AVC os seguintes componentes:

- Unidades de Atenção Básica à Saúde;
- Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar / SAMU 192) ;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24horas) e Pronto-Socorros de hospitais gerais (não referenciados para AVC);
- Sala de Estabilização (SE);
- Hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II e Tipo III aos Pacientes com AVC;
- Unidades de Atenção Especializada;
- Enfermaria de longa permanência;
- Atenção Domiciliar;
- Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar;
- Serviço de Reintegração Social;
- Centrais de Regulação;
- Ambulatório de Anticoagulação.

- Não utilizar antiagregantes, heparina ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas pós-trombolítico;
- Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não introduzir sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico;
- Não introduzir sonda nasoesofágica nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico;
- Alteplase 50mg/50 ml: 0,9 mg/Kg (até no máximo 90mg), 10% EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora;
- Esmolol ou Nitroprusseto de sódio ou Metoprolol EV (Alvo: PAS > 160 mmHg e < 180/105 mmHg) – não iniciar trombólise se a PA não estiver controlada;
- Estatina;
- Hidratação venosa à base de solução fisiológica 0,9%.

# LINHA DO CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

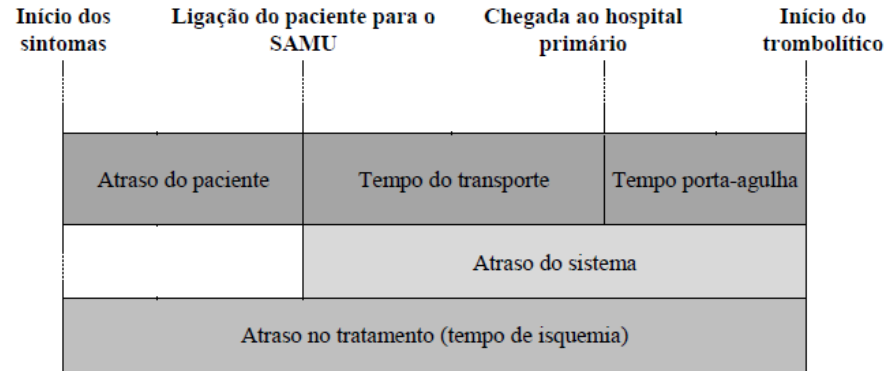
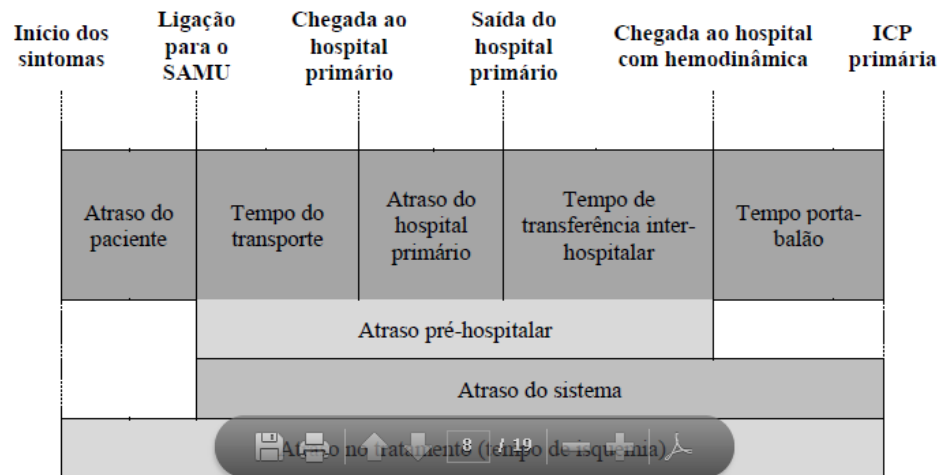


Figura 4. Tempos de atraso para angioplastia primária



# Regulação do acesso

- **Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.**
- Portaria 1559 de agosto de 2008

# Complexo regulador - DESAFIOS

- ❑ Sistema de regulação – SISREG, CROSS
- ❑ Cotas e fluxo do processo autorizativo – microregulação assistencial na atenção básica – acolhimento e gestão da clínica, agentes de regulação
- ❑ Absenteísmo e agendamento - Perda primária e secundária – protocolos de serviços, comunicação
- ❑ Oferta e demanda – fluxos – protocolos com critérios de riscos, Protocolos, matriciamento, tele saúde
- ❑ Urgência, NIR, atenção domiciliar, Vaga zero, foruns de redes
- ❑ Eletivos, materno infantil, redes temáticas, aten especial
- ❑ Transparencia das filas – transpl., judicialização, mutirão, interferência pol – TEMPOS DE DIGNIDADE
- ❑ Regulação produtora de cuidado

# Auditoria clínica

- Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela.
- Portaria 1559 de agosto de 2008

# Auditoria clínica

- Inspeção detalhada e avaliação de registros clínicos selecionados por pessoal profissional qualificado para melhorar a qualidade de assistência à pacientes e resultados.
- Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido.



# Auditoria clínica no SUS

A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.

Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).





The diagram features a central green oval labeled 'Governança Clínica' surrounded by six orange ovals. A horizontal bar with a white and orange gradient is positioned at the top of the image.

**Educação e  
treinamento**

**Auditoria  
clínica**

**Gerenciamento  
de riscos**

**Governança  
Clínica**

**Efetividade  
clínica**

**Escuta e  
transparência  
(capacidade  
receptiva)**

**Pesquisa e  
desenvolvimento**

# AS TECNOLOGIAS DE AUDITORIA CLÍNICA

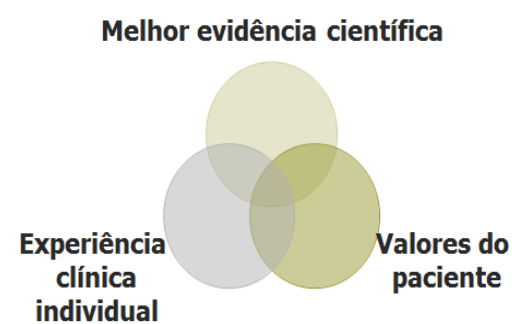
- **A GESTÃO DO USO**
- **A PERFILIZAÇÃO CLÍNICA**
- **A APRESENTAÇÃO DE CASOS**
- **A REVISÃO DE EVENTOS SENTINELA**
- **OS SURVEYS**
- **AS FILAS DE ESPERA**

**FONTE: ROBINSON E STEINER (1998)**

# Gestão da clínica

**É A APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS  
DE MICROGESTÃO DOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE COM A FINALIDADE DE  
ASSEGURAR PADRÕES CLÍNICOS  
ÓTIMOS E MELHORAR A  
QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

# Avaliação de Tecnologias em Saúde – Saúde baseada em evidencias



Sacket DL, 1996

- **Implementação**
- **A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é a síntese do conhecimento produzido sobre as implicações da utilização das tecnologias e constitui subsídio técnico importante para a tomada de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias em saúde.**
- **A ATS pode também subsidiar atividades conexas, como a elaboração de instrumentos de avaliação e de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, incluindo a elaboração de guias ou diretrizes de conduta clínica (*clinical practice guidelines*).**

# Epidemiologia de serviços de saúde

- Tendência e adequação
- Dados secundários
- SIA, SIH, CNES
- indicadores
- Análise em redes: atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência
- Estrutura, processo e resultado
- Relatório sintético.
- Cores. Kambam
- Inqueritos

# Sistema Nacional de Auditoria – SNA

- Tem como atribuição precípua auditar as três esferas de gestão do SUS e suas ações e serviços de saúde, bem como a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, tendo como referência seus princípios e diretrizes

Auditoria Nº 13039

Relatório

## I - DADOS BÁSICOS

**Finalidade:** Realizar auditoria em hospitais que realizam tratamento de CA de MAMA

### Fase(s):

Tipo	Início	Término
Analítica	29/01/2013	04/02/2013
Execução - In loco	05/02/2013	11/02/2013
Relatório	14/02/2013	28/02/2013

**Unidade Visitada:** INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER IBCC

**CPF/CNPJ:** 62932942000165

**Município:** SAO PAULO-SP

**Demandante:** Componente Federal do SNA      **Forma:** Direta

**Objeto:** MAC|Lim.Fin|TETO MUNICIPAL MÉDIA E ALTA COMPLEX. AMBULAT. E HOSPITALAR

**Abrangência:** 2010

## **IV - METODOLOGIA**

Para execução da demanda solicitada foram desenvolvidas as seguintes ações:

Na fase analítica:

Análise do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES 2077590 Instituto Brasileiro de Controle do Câncer;

Elaboração dos ofícios de apresentação da equipe de auditoria.

Na fase in loco:

Recebimento e análise da documentação solicitada nos comunicados de auditoria;

Verificação do fluxo de atendimento e funcionamento do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer;

Análise de 95 Prontuários Médicos.



# Constatações

## 1. Fila de espera

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Documentação/Prontuários

**Constatação:** Não existe fila de espera para os tratamentos oncológicos das pacientes com câncer de mama no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC).

**Evidência:** A partir do registro das pacientes no IBCC todo o tratamento necessário para o câncer de mama é realizado no próprio hospital e não foram evidenciadas pacientes aguardando qualquer tipo de tratamento relacionado, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco.  
Análise do prontuario.

**Conformidade:** Conforme

# 2. Tempo para início de tratamento

**Constatação N°:** 245122

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Acesso/Atendimento à Demanda

**Constatação:** Dos 85 prontuários analisados de acordo com o Roteiro Gerencial de Câncer de Mama, 7 (8,2%) pacientes iniciaram tratamento após 90 dias do diagnóstico, em desacordo com o previsto na Diretriz do Câncer de Mama do INCA.

**Evidência:** Dos 85 prontuários analisados de acordo com o Roteiro Gerencial incluído nesta Auditoria foi evidenciado que em 7 casos o tratamento foi iniciado após 3 meses do diagnóstico. Destes, 6 (7%) casos iniciaram o tratamento de 3 a 6 meses após o diagnóstico e 1 (1,2%) caso iniciou o tratamento 6 meses após o diagnóstico, em desacordo com o previsto na Diretriz do Câncer de Mama do INCA.

**Fonte da Evidência:** Análise de Prontuários.  
Diretriz do Câncer de Mama do INCA.

**Conformidade:** Não Conforme

**Recomendação:** Iniciar tratamento até 90 dias do diagnóstico, em acordo com o previsto na Diretriz do Câncer de Mama - INCA.

**Destinatários da Recomendação:** INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER IBCC CNPJ: 62.932.942/0001-65

# 3. Indicadores de tempos de espera

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 244924

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Normas/Rotinas/Protocolos/Comissões Internas

**Constatação:** O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) dispõe de indicadores que avaliam o tempo entre os encaminhamentos para os tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico do câncer de mama.

**Evidência:** O IBCC dispõe de indicadores que avaliam o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Em 2009, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi criado o sistema SIGA empregado pelo município de São Paulo para agendamento e regulação de vagas para o tratamento do câncer em CACON. O IBCC está sob a gestão da SMS, no município de São Paulo, e utiliza agendamento SIGA. Inclusive, durante entrevista com o Diretor Clínico fomos informados que no presente momento, para atendimento de pacientes SUS o tempo de espera está em torno de uma semana, e o tempo estimado entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento nos casos de câncer de mama é menor que 30 dias.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco e análise de documentos do hospital.

Entrevista com Diretor Clínico.

**Conformidade:** Conforme

# 4. Gestão de casos

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 245121

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Acesso/Atendimento à Demanda

**Constatação:** O gerenciamento no manejo dos casos de câncer de mama no Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer (IBCC) é adequado.

**Evidência:** Dos 95 prontuários selecionados para análise, 10 foram excluídos pelo motivo de, após realização da cirurgia diagnóstica e avaliação anatomopatológica, não foi evidenciada presença de neoplasia.

Dos 85 casos com neoplasia confirmada incluídos na análise gerencial dos casos de pacientes com Câncer de Mama verificamos no IBCC:

Em relação ao Tipo de Procedimento Terapêutico:

- 83 (97,6%) casos foram tratados com cirurgia e/ou radioterapia (tratamento local);
- 83 (97,6%) casos foram tratados com quimioterapia e/ou hormonioterapia (tratamento sistêmico);
- 81 (95,3%) casos tratados como local e sistêmico.

Em relação à realização do Plano Terapêutico:

- 82 (96,4%) dos casos apresentavam plano terapêutico realizado de forma completa, ou seja, a garantia do tratamento pelo hospital;
- 1 caso em estágio clínico III foi a óbito durante a quimioterapia neoadjuvante.
- 2 outros casos, em estágio clínico IV, não completaram o tratamento também por óbito.
- em 100% dos prontuários o diagnóstico estava complementado com a avaliação dos receptores hormonais.

Em relação à oportunidade no tratamento em 78 (91,8%) casos o plano terapêutico foi realizado em tempo oportuno, isto é iniciaram o tratamento até 3 meses após o diagnóstico ficando a média de intervalo de tempo entre a confirmação do diagnóstico e início do tratamento em 41 dias.

Em relação a descrição do estadiamento existente nos prontuários:

- 85 (100%) casos apresentavam prontuários com registro de estadiamento do tumor; 1 (1,2%) era Tumor in Situ, 12 (14,1%) Estádio clínico I, 39 (45,9%) Estádio clínico II, 28 (32,9%) Estádio clínico III e 5 (5,9%) Estádio clínico IV.

**Fonte da Evidência:** Análise de Prontuários.

**Conformidade:** Conforme

# 5. Sistema de Informação

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 244929

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Documentação/Prontuários

**Constatação:** O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) dispõe e mantém em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) informatizado e o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama, conforme previsto na PT/SAS/MS nº 741, de 19.12.2005, artigo 5º.

**Evidência:** Verificado que o IBCC dispõe e mantém em funcionamento o RHC informatizado, segundo os critérios do Instituto Nacional de Câncer e o Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama (SISMAMA), este último devidamente implantado em 2009 e com regularidade de lançamento, conforme previsto na PT/SAS/MS nº 741, de 19.12.2005, artigo 5º.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco.

PT/SAS/MS nº 741, de 19.12.2005, artigo 5º .

**Conformidade:** Conforme

# 6. Prontuário único

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 244928

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Documentação/Prontuários

**Constatação:** O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) dispõe de prontuário único para cada paciente em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638 de 10.07.2002.

**Evidência:** O IBCC dispõe de prontuário único com todos os registros dos atendimentos (ambulatorial, internação, pronto-atendimento e administrativo) contendo informações clínicas e suas evoluções, datadas e identificadas pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos.

O Prontuário esta em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1638 de 10.07.2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Embora o hospital não tenha implantado o Registro Eletrônico de Pacientes verificamos que todos os prontuários são digitalizados sem eliminação do suporte de papel.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco e Análise dos prontuários.

Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638 de 10.07.2002.

**Conformidade:** Conforme

# 7. Comissões

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 244925

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Normas/Rotinas/Protocolos/Comissões Internas

**Constatação:** O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de Revisão de Prontuário (CRP).

**Evidência:** Verificado que o IBCC conta com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) com atividades regulares, portarias atualizadas e avaliação satisfatória, em observância ao art. 1º da Lei Federal nº 6.431, de 06.01.1997 e art. 3º e 5º da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638 de 10.07.2002.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco.

Lei Federal nº 6.431, de 06.01.1997 - art. 1º

Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638 de 10.07.2002, art. 3º e 5º.

**Conformidade:** Conforme

# 8. Credenciamento CACON

**Grupo:** Assistência Média e Alta Complexidade

**Constatação N°:** 244927

**SubGrupo:** Assistência Hospitalar/Ambulatorial

**Item:** Estrutura Física Instalações/Conservação

**Constatação:** O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) atende a Portaria MS/SAS n° 741, de 19 de dezembro de 2005, que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

**Evidência:** O IBCC foi habilitado como CACON mediante a edição da Portaria MS/SAS n° 62, de 11 de março de 2009 e possui alvará de funcionamento atualizado. Atende pacientes SUS e de Convênio.

Dispõe de:

- Assistência Ambulatorial em clínica médica e cirurgia, mastologia e oncologia clínica com atendimento de 2ª a 6ª feira nos períodos da manhã e a tarde;
- Pronto-atendimento que funciona nas 24 horas, para os casos de intercorrências oncológicas nos pacientes matriculados no hospital;
- Enfermarias de clínica médica e clínica cirúrgica, mastologia e oncologia clínica;
- Serviço de cirurgia oncológica que realiza procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de câncer de mama, contando com cirurgias nas especialidades de cancerologia cirúrgica, cirurgia geral, mastologia e cirurgia plástica e com atendimento de 2ª a 6ª feira nos períodos da manhã e a tarde;
- Serviço de oncologia clínica com um responsável técnico médico oncologista e central de quimioterapia integrando todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápicos injetáveis;



# 8. Credenciamento CACON

- Serviço de radioterapia com um responsável técnico médico radioterapeuta e serviço de física médica com um físico como responsável técnico. Conta ainda com técnicos em radioterapia, enfermeiro e técnico de enfermagem;
- Laboratório de Patologia Clínica;
- Diagnóstico por Imagem, que realiza os exames de radiologia convencional, mamografia, ultrassonografia com Doppler Colorido, tomografia computadorizada e medicina nuclear. A ressonância magnética é realizada fora do hospital e possui sua regulação de referência através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.
- Laboratório de Anatomia Patológica terceirizado para Laboratorio Mattosinho de Patologia S/C, que realiza os exames de citologia, histologia e biópsias de congelação, e também os exames de imunohistoquímica de neoplasias malignas e determinação de receptores tumorais para estrógeno, progesterona e do c-Erb B2;
- Serviço de Hemoterapia, Agência Transfusional, disponível nas 24h;
- Apoio Multidisciplinar que realizam atividades técnico-assistenciais em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, nas áreas de psicologia clínica, serviço social, nutrição e fisioterapia;
- Serviço de Cuidados Paliativos promovido por equipe de profissionais da saúde voltada para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível;
- Em relação à Assistência Domiciliar a regulação é realizada pelo Município de São Paulo. Os serviços de referência são as Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

**Fonte da Evidência:** Visita in loco.

Portaria MS/SAS nº 741, de 19 de dezembro de 2005.

**Conformidade:** Conforme

# Conclusão

## VIII - CONCLUSÃO

1. O Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer habilitado como CACON atende à Portaria MS/SAS 741, de 19 de dezembro de 2005, que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.
2. O Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer dispõe de indicadores que avaliam o tempo entre os encaminhamentos para os tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico do câncer de mama.
3. As filas de espera para tratamento cirúrgico, quimioterapia e hormonoterapia do câncer de mama são inexistentes no Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer.
4. O Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer dispõe de prontuário único com os registros dos atendimentos (ambulatorial, internação, pronto atendimento e administrativo) contendo informações clínicas e suas evoluções, datadas e identificadas pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos.
6. Dos 85 prontuários analisados em 82 (96,4%) apresentavam plano terapêutico realizado de forma
7. Em relação à oportunidade no tratamento existente nos prontuários em 78 (91,8%) casos o plano terapêutico foi realizado em tempo oportuno, isto é iniciaram o tratamento até 3 meses após o diagnóstico e a média de intervalo de tempo entre a confirmação do diagnóstico e início do tratamento foi de 41 dias.

É o relatório.

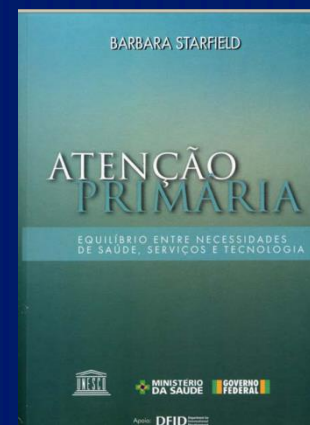
# Considerações

- ❑ Fragilidades do relatório
- ❑ Não usa evidência como padrão
- ❑ Avança para o olhar do acesso mas não tem o foco da inserção do serviço na rede, cumprimento de pactos e contratos
- ❑ Não identifica fragilidades nesse sentido
- ❑ Acesso, qualidade e custo
- ❑ Linhas de cuidado (interna/redes)
- ❑ Regulação (interna – NIR/redes)
- ❑ COAP

# Regulação e auditoria por linhas de cuidados

- Regulação : Quais as melhores práticas a serem aplicadas?
- Auditoria: As melhores práticas estão sendo aplicadas?
- Prática clínica - Serviços – Redes
- Gestão do cuidado: Continuidade e Integralidade do cuidado – Acolhimento e humanização – enfoque de risco – uso de evidências – reorganização do processo de trabalho- macro e micro política do cuidado.
- Regulação do mercado – incorporação tecnológica – cultura – prevenção quaternária

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a viam estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro. O problema foi que quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas de espera tornaram-se cada vez mais longas. Algumas vezes, o Porteiro tinha de mandar algumas pessoas de volta à Feiticeira, porque elas não pegaram poções mágicas suficientes. As pessoas ficaram muito bravas e contaram à Rainha. A Rainha disse, “Deixe as pessoas que desejam ver a Feiticeira ir diretamente a ela e que elas mesmas a paguem. As pessoas que podiam pagar ficaram muito felizes. O



problema era que as filas de espera ficaram maiores porque a Feiticeira passava mais e mais tempo vendo aqueles que podiam pagar. Na verdade, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas erradas. “Descubra o que está acontecendo”, gritou a Rainha. O Porteiro teclou o “DataSpell” em sua bola de cristal e lá apareceu a mensagem: “O valor de um exame diagnóstico depende da prevalência da condição na população examinada. A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem. O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente. Os Porteiros usam os exames e testes

para determinar se as pessoas estão normais ou não, enquanto a Feiticeira usa os testes para detectar a doença. Se a bola de cristal da Feiticeira estiver funcionando de forma adequada, ela deveria ver apenas as pessoas que o Porteiro suspeita que estão doentes o suficiente para precisar de mais atenção. E o Porteiro veria as pessoas que ele pensa estarem doentes e tentaria descobrir se realmente estão. E então o sistema funcionará. Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de pessoas doentes.” A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil – uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido.

Adaptado de Mathers e Hodgkin (1989)



**Devemos...**

**Fazer da interrupção um caminho novo...**

**Da queda, um passo de dança...**

**Do medo, uma escada...**

**Do sonho, uma ponte...**

**Da procura, um encontro.**

**Fernando Pessoa**