

REGULAÇÃO E AUDITORIA POR LINHAS DE CUIDADO

Marília C. P. Louvison

**Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de
Saúde (NAPATS)**

Centro de Tecnologias em Saúde para o SUS (CTS)

2013

mariliacpl@gmail.com



Princípios do SUS

Universalidade

Equidade

Integralidade

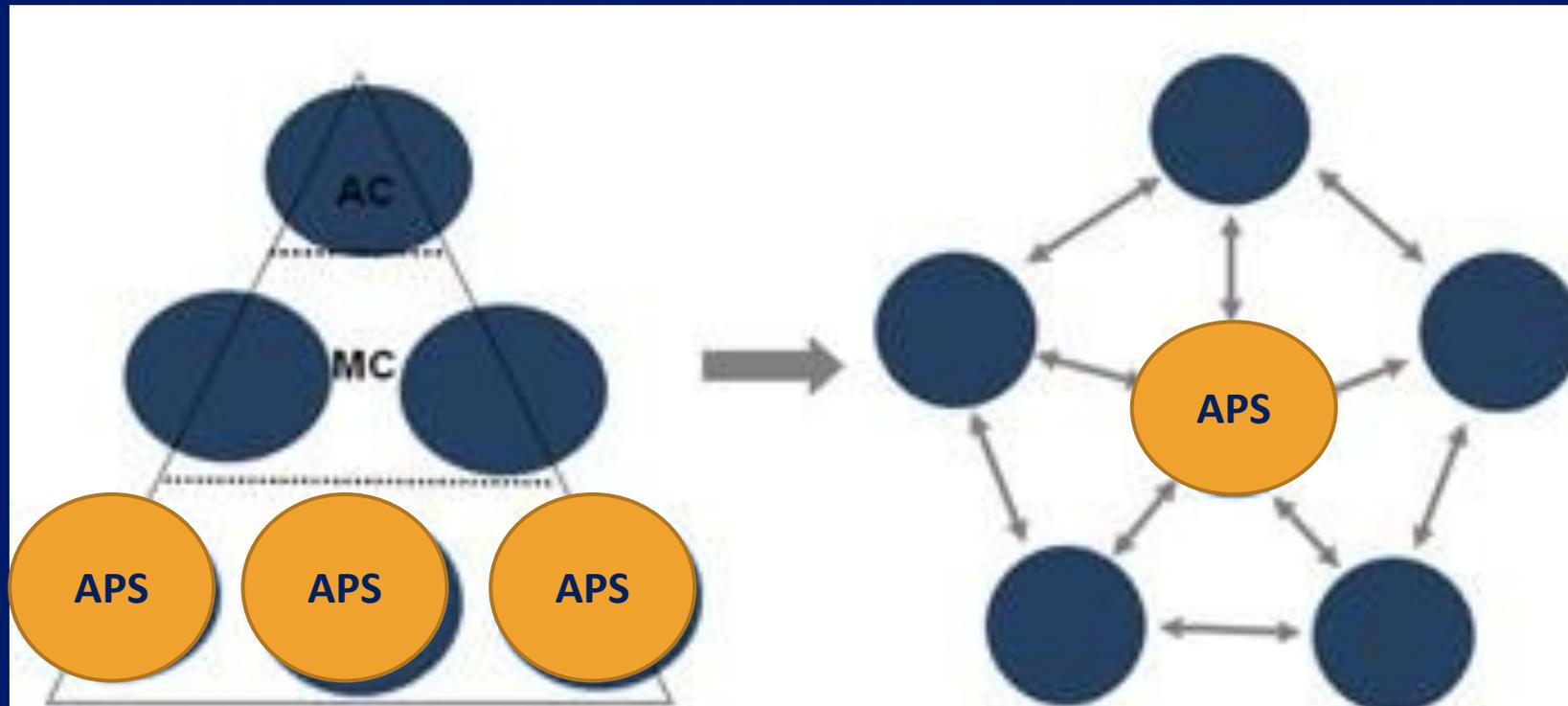
- **CF Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.**

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**
- **Intersectorialidade - interação entre políticas pública**

Regionalização e Hierarquização dos serviços

Redes de atenção



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

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

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;

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da 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

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.

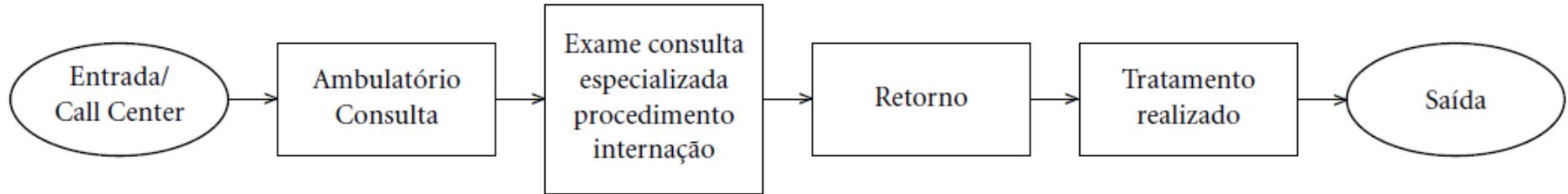
Linhas de cuidado

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](#)

Fluxograma da Linha de Produção do Cuidado em Saúde



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 nasoenteral 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

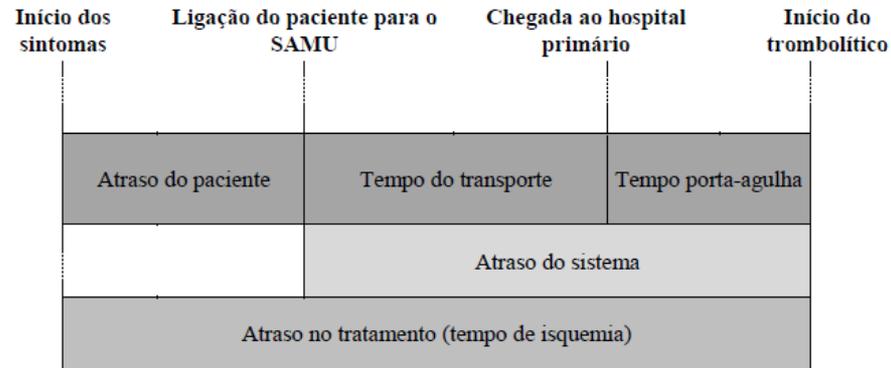
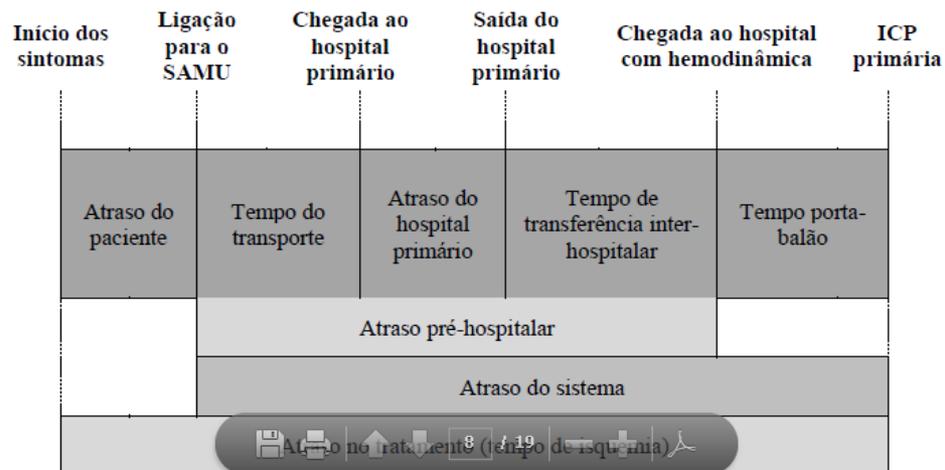


Figura 4. Tempos de atraso para angioplastia primária



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



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 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

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.





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**

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**

apsredes.org

apsredes.org/site2013/



PORTAL DA
INOVAÇÃO NA
GESTÃO DO SUS



Buscar no Portal

ok

PRINCIPAL | SOBRE O PORTAL | SÉRIE TÉCNICA | LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO | LITERATURA



Vídeos sobre manejo das condições crônicas na APS



cuidado apoiado e cuidado compartilhado

Vídeos retratam inovações no cuidado das condições crônicas na APS, com enfoque no auto cuidado apoiado e no cuidado

LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Resumen

Eugênio Vilaça Mendes

Notícias

Entrevistas

Boletins



Programação da oficina do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar

O Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar realiza oficina de trabalho no próximo dia...

Notícias dos Laboratórios

Representantes da autogestão em saúde conhecem o Laboratório de Inovação em Saúde Suplementar

Assassino silencioso - "A global brief on hypertension"

Sucesso do número de inscrições permitirá um

Laboratórios de Inovação



ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



PARTICIPAÇÃO SOCIAL

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)

Auditoria clínica

- Nas auditorias implícitas os auditores trabalham em grupos, assumindo-se que o julgamento de um grupo é melhor que o julgamento individual. As auditorias explícitas podem ser conduzidas por profissionais sem expertise na atenção à saúde, mas treinados para essas auditorias. As auditorias explícitas são mais simples e mais baratas que as auditorias implícitas e, por isso, são criticadas pela sobressimplificação e pela falta de relevância clínica.
- Em geral, os profissionais de saúde preferem as auditorias implícitas, enquanto os gestores optam pelas auditorias explícitas.

Revisão da utilização

- A revisão da utilização dos procedimentos clínicos pode se fazer de várias maneiras (ROBINSON e STEINER, 1998; COCHRANE, 2001f): a revisão prévia ou prospectiva, a revisão concomitante ou concorrente, a revisão retrospectiva, a segunda opinião e a revisão por pares. Uma importante constatação é a de que revisão da utilização é feita em casos individuais.

Perfilização clínica

- A perfilização clínica é uma técnica que se aproxima da revisão da utilização mas que, dela, se diferencia porque opera com informações agregadas e não com casos individuais. Por isso, foi definida por Cave (1995) como a análise estatística e o monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção à saúde. A perfilização clínica compara o procedimento de um grupo de profissionais de saúde com um padrão ótimo, derivados, em geral, das diretrizes clínicas ou das práticas institucionais.
- Essa técnica exige a definição de uma variável clínica significativa (por exemplo, a duração das internações hospitalares), a verificação de todos os procedimentos de um grupo de profissionais, muitas vezes os médicos, em relação àquela variável, num determinado período de tempo, e a comparação com padrões predefinidos para essa variável. Para que a perfilização clínica seja útil, os dados devem ser padronizados de modo que os casos sejam comparáveis.

Apresentação de casos

- Essa tecnologia envolve a revisão de casos individuais sob a forma de sessões clínicas. A vantagem dessa tecnologia é sua simplicidade; a desvantagem é que somente um pequeno número de casos pode ser avaliado e o processo é altamente subjetivo. Essa tecnologia é muito utilizada porque ela permite aos profissionais de saúde comunicarem-se efetivamente entre si e compartilhar ideias e práticas. Mas exige um clima de confiança mútua entre os profissionais para prosperar.

Revisão de eventos sentinela

- É cada vez mais comum, nos sistemas de atenção à saúde, a ocorrência de eventos inesperados que causam danos à saúde das pessoas, conhecidos como eventos adversos. É, aqui, que a auditoria clínica se encontra com a gestão dos riscos da atenção à saúde. Por isso, está se utilizando, cada vez mais frequentemente, a tecnologia de revisão dos eventos adversos que consiste em auditar a ocorrência de atenção à saúde de baixa qualidade ou de efeitos adversos da atenção à saúde. Um exemplo é a auditoria sobre lesões autoinfligidas em pacientes de hospitais psiquiátricos. Além disso, há uma tendência de se avaliarem todos os eventos-sentinela que ocorram num sistema de atenção à saúde. Sua presença exige uma resposta imediata da auditoria clínica para identificar e superar esses eventos que apontam para falhas sistêmicas mais amplas. Por exemplo, auditoria dos casos de sífilis congênita.

Surveys

- *Os surveys são avaliações sobre o que está acontecendo em um período determinado de tempo, ou durante um período de tempo (Gray, 2009). Ainda que seja possível identificar a existência de um problema por um survey, é difícil determinar a causa desse problema, o que exige, em geral, outros tipos de avaliação. Costumam ser realizados através da aplicação de questionários ou de entrevistas e são dirigidos principalmente para a avaliação de resultados dos sistemas de atenção à saúde. São técnicas que requerem tempo, especialização e apresentam custos significativos. São muito utilizadas as pesquisas de opinião de pessoas usuárias ou de profissionais.*

Filas de espera

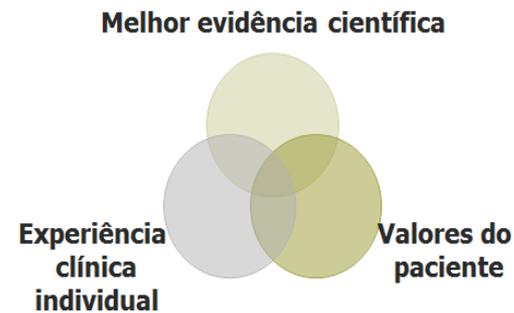
- Os sistemas públicos universais de atenção à saúde apresentam, como uma debilidade estrutural, o tempo longo de espera em procedimentos em que a demanda excede a oferta. Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população. Por isso, a lista de espera pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos e promovendo a transparência. Para que o critério de ordenamento por necessidades e riscos funcione, na prática, ele precisa ser sustentado por protocolos clínicos que priorizem esses riscos. É o caso, por exemplo, da classificação de riscos para acesso aos serviços de urgência e emergência, propiciados pelo Sistema Manchester de classificação de risco.

Diretrizes Assistenciais



- **Protocolos de regulação do acesso / Linhas guia**
 - **Diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial. Utilizados na programação e regulação.**
 - **Protocolos clínicos**
 - **Recomendações utilizados no âmbito dos serviços e como foco nas doenças, sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas.**
- Agency of Health Care Policy and Research**
(<http://www.ahcpr.gov>) . Projeto diretrizes. Assistência Farmacêutica

Avaliação de Tecnologias em Saúde – Saúde baseada em evidências



Sacket DL, 1996

- **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*).**

Evidences.bvsalud.org

← → ↻ evidences.bvsalud.org/php/index.php ☆

Portal de Evidências



BIREME OPAS OMS

[español](#) | [english](#)

» Redes

Cochrane

-  Colaboração Cochrane
-  Centro Cochrane do Brasil
-  Centro Cochrane Ibero-americano
-  EVIPNet

» Pesquisa

Entre uma ou mais palavras

» Atenção à saúde

- Revisões Sistemáticas**
Revisões Cochrane (CDSR), Revisões avaliadas (DARE), Protocolos de Revisões Cochrane, LILACS
- Ensaio Clínico**
CENTRAL, LILACS, Estudos sobre Dor nas Costas
- Sumários de Evidência**
Atualização na prática ambulatorial, Bandolier, Gestão clínica e sanitária
- Avaliações Econômicas em Saúde**
NHS-EED, LILACS
- Avaliações de Tecnologias em Saúde**
HTA-INAHTA, Agências Ibero-Americanas
- Diretrizes para Prática Clínica**
National Guideline Clearinghouse (US)

» Medicina Baseada em Evidências: metodologia e aplicação

Sites relevantes

Ensaios clínicos

» Destaques

EQUATOR Network Webinar: guidance for reporting randomised trials, 24 June 2013

NHSRU Webinar Series: Leveraging Data to Make Better Decisions – An Overview of Databases, February 20, 2013

Boletín PIE - No. 6



» Cochrane Ibero-Americana

PAHO IberoAmerican Cochrane Network Award

» Colaboração Cochrane

Evidenciassp.bvs.br

evidenciassp.bvs.br/php/index.php



As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são doenças causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha, com uma pessoa que esteja in... (mostrar)



Hanseníase

A hanseníase é doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública. As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia (sensação de queimação, formigamento e/ou coceira) n... (mostrar)



Hepatite

Grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a hepatite é a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus, uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, além de doenças autoimunes, meta... (mostrar)



Influenza A (H1N1)

É uma doença respiratória aguda (gripe), causada pelo vírus A (H1N1), que significa Hemaglobulina 1 e Neuraminidase 1. Este novo subtipo do vírus da influenza é transmitido de pessoa a pessoa princip... (mostrar)



Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil (menores de um ano de idade) no Brasil mantém tendência contínua de queda desde 1990. Causas das mortes – Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por c... (mostrar)



Saúde Bucal

Saúde bucal é um estado de ser livre de dor bucal e facial crônica, do câncer bucal e da garganta, feridas orais, defeitos congênitos como lábio leporino, periodontite, cáries dentárias,... (mostrar)

[Câncer da boca](#)



Saúde da Mulher

Conceito que abrange as condições físicas e mentais da mulher. Fonte: http://www.who.int/topics/womens_health/en/ ... (mostrar)

[Câncer da mama](#) [Câncer do colo do útero](#)



Tabagismo

Segundo a OMS, o fumo é uma das principais causas de morte evitável, hoje, no planeta. Um terço da população mundial adulta – cerca de 1,3 bilhão de pessoas – fuma: aproximadamente 47% da população m... (mostrar)

Portugal e Argentina

BVS ePORTUGUÊSe: acesso à informação nos países de língua portuguesa

BVS Odontologia Brasil promove curso à distância

Infográficos promovem informação científica e técnica

BVS Veterinária disponibiliza conteúdo em três idiomas



BVS Saúde Pública Brasil > Pesquisa

(mh:C04.588.180\$ or mh:C17.800.090.500\$ or r. Todos os índices onde: Toda literatura em evidên pesquisar

Sua seleção (0)

Ocultar Mostrar

Tipo

- Ensaio Clínico Controlado (255)
- Avaliações Econômicas de Saúde (41)
- Revisões Sistemáticas (15)
- Avaliações de Tecnologias em Saúde (14)

Assunto principal

- Neoplasias da Mama (298)
- Programas de Rastreamento (66)
- Mamografia (46)
- Educação de Pacientes como Assunto (31)
- Análise Custo-Benefício (27)
- Qualidade de Vida (24)
- Custos de Cuidados de Saúde (22)
- Predisposição Genética para Doença (22)
- Adaptação Psicológica (19)
- Terapia por Exercício (17)

Resultados 1-10 de 345

<< Primeira < Anterior 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Próxima >

Selecionar todos Ordem do resultado Formato de apresentação RSS XML Enviar resultado

- Fatores que influenciam o consumo energético de mulheres no tratamento do câncer de mama/ Factors associated with changes in energy intake of women after treatment for breast cancer**
Ambrosi, Claudia; Di Pietro, Patricia Faria; Rockenbach, Gabriele; Vieira, Francilene Gracieli Kunradi; Galvan, Daisy; Crippa, Carlos Gilberto; Fausto, Maria Arlene
[LILACS ID: lil-608246] Idioma: Português
[Texto completo](#) [Imprimir](#)
- Estudo de custo-efetividade do anastrozol adjuvante no câncer de mama em mulheres pós-menopausa/ Cost-effectiveness analysis of adjuvant anastrozol in post-menopausal women with breast cancer**
Sasse, Andre Deeke; Sasse, Emma Chen
[LILACS ID: lil-530553] Idioma: Português
[Texto completo](#) [Imprimir](#)
- Actividad fisica y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas/ Physical activity and breast cancer risk in Mexican women**
Ortiz-Rodríguez, Sandra Patricia; Torres-Mejía, Gabriela; Mainero-Ratchelous, Fernando; Ángeles-Llerenas, Angélica; López-Caudana, Alma Ethelia; Lazcano-Ponce, Eduardo; Romieu, Isabelle
[LILACS ID: lil-479084] Idioma: Espanhol
[Texto completo](#) [Imprimir](#)



Protocolos de Regulação do Acesso

Especialidades Odontológicas

PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO
DIVISÃO DE REGULAÇÃO

3.0 ENDODONTIA



3.1 PREPARO DO PACIENTE

- Encaminhar pacientes em tratamento, compensados sistemicamente, com adequação do meio bucal e remoção de focos
- Avaliar a motivação e o interesse pelo tratamento
- Para que o isolamento absoluto seja realizado, deve haver ao menos 1/3 da superfície coronária
- Terceiros molares só deverão ser encaminhados quando forem imprescindíveis para o suporte de prótese
- Excluir dentes com núcleo e/ou coroa
- Excluir gestantes no 1º e 3º trimestre
- Excluir retratamento com limas fraturadas
- Dentes com mobilidade devem ser previamente encaminhados para avaliação periodontal

3.2 ENCAMINHAR PARA ENDODONTIA NO CEO

PATOLOGIA	REALIZAR NA UBS
Inflamação pulpar irreversível	<ul style="list-style-type: none">• Esvaziamento da câmara pulpar• Curativo de demora• Selamento com ionômero de vidro
Necrose pulpar	<ul style="list-style-type: none">• Esvaziamento da câmara pulpar• Curativo de demora• Selamento com material provisório (tunelização s/n)
Pericementite infecciosa	<ul style="list-style-type: none">• Esvaziamento da câmara pulpar• Curativo de demora• Antibioticoterapia se necessário
Abscesso dental alveolar	<ul style="list-style-type: none">• Drenagem via dental• Antibioticoterapia se necessário <p>Obs.: Encaminhar ao Pronto Socorro os casos onde não houver possibilidade de drenagem intra-oral</p>

3.3 PRIORIZAÇÃO

- P0**
- Pacientes com trauma dental
 - Gestantes no 2º trimestre

- P1**
- Pacientes até 18 anos
 - Pacientes com co-morbidades (DM, HAS, Nefropatias, etc.)
 - Pacientes oncológicos

- P2**
- Pacientes adultos sem co-morbidades



Coordenação

José Sebastião dos Santos

Organização

José Sebastião dos Santos

Gerson Alves Pereira Jr.

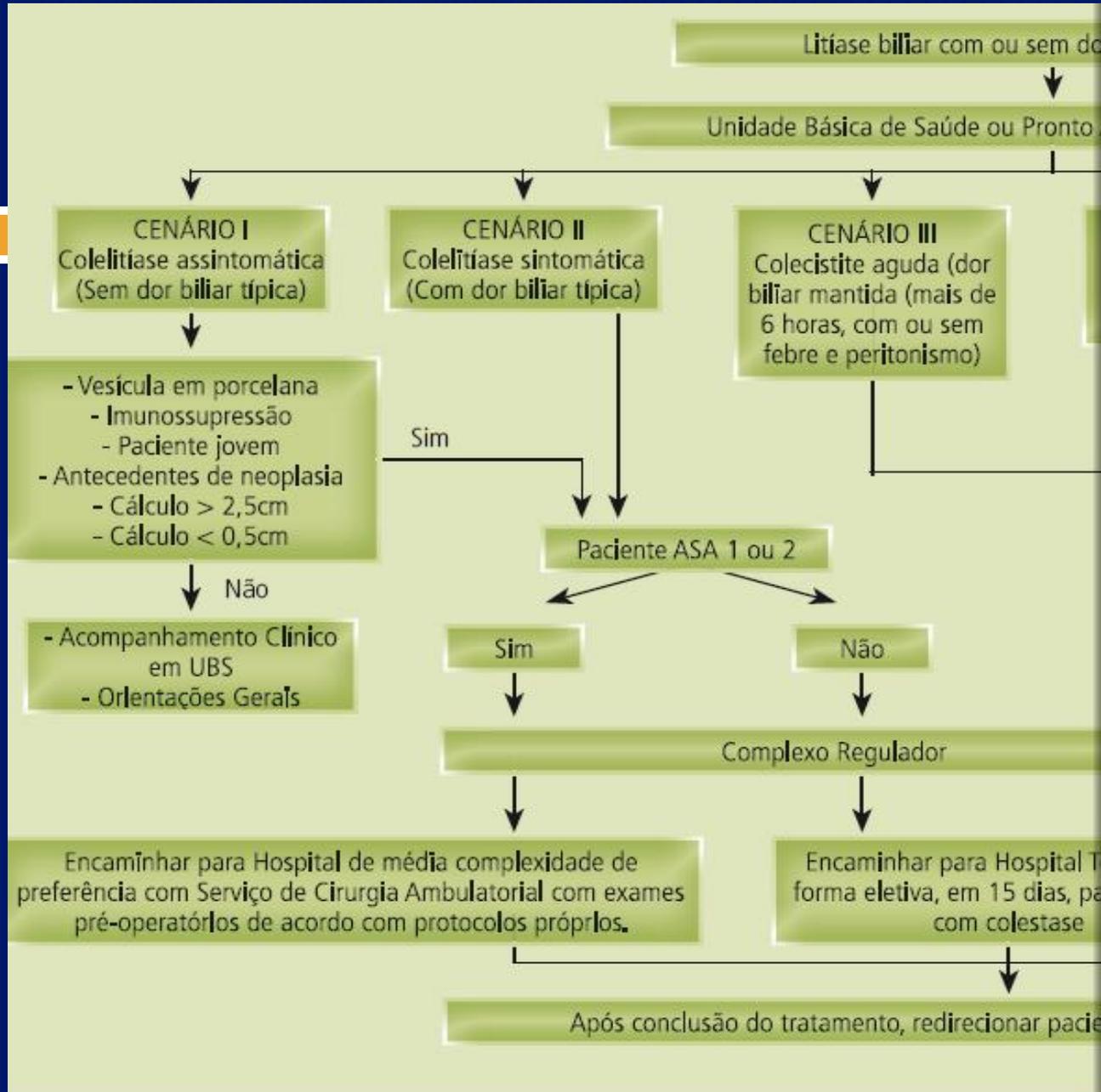
Ana Carla Bilacherlene

Aldaisa Cassanho Forster



PROTOS CLÍNICOS E DE REGULAÇÃO

Acesso à rede de saúde



Fluxograma 66-1 Abordagem do paciente com litíase biliar a partir da a

Projeto diretrizes

Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar

Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar

Recomendação

O emprego da mamografia digital em detrimento à convencional demonstra melhor acurácia na detecção precoce do câncer de mama em determinadas populações (pacientes abaixo dos 50 anos e/ou portadoras de mamas densas)⁷⁰(A). Em termos de rastreamento populacional (não considerando uma determinada faixa etária ou características de densidade mamária), não se observa diferença

significativa na acurácia diagnóstica entre os dois métodos.

CONFLITO DE INTERESSE

Menke CH: Recebeu honorários por comparecimento a congresso patrocinado pelo Laboratório Novartis; Recebeu honorários por ministrar conferência patrocinada pelo Laboratório Libbs.

70. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S, et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *N Engl J Med* 2005;353:1773-83.

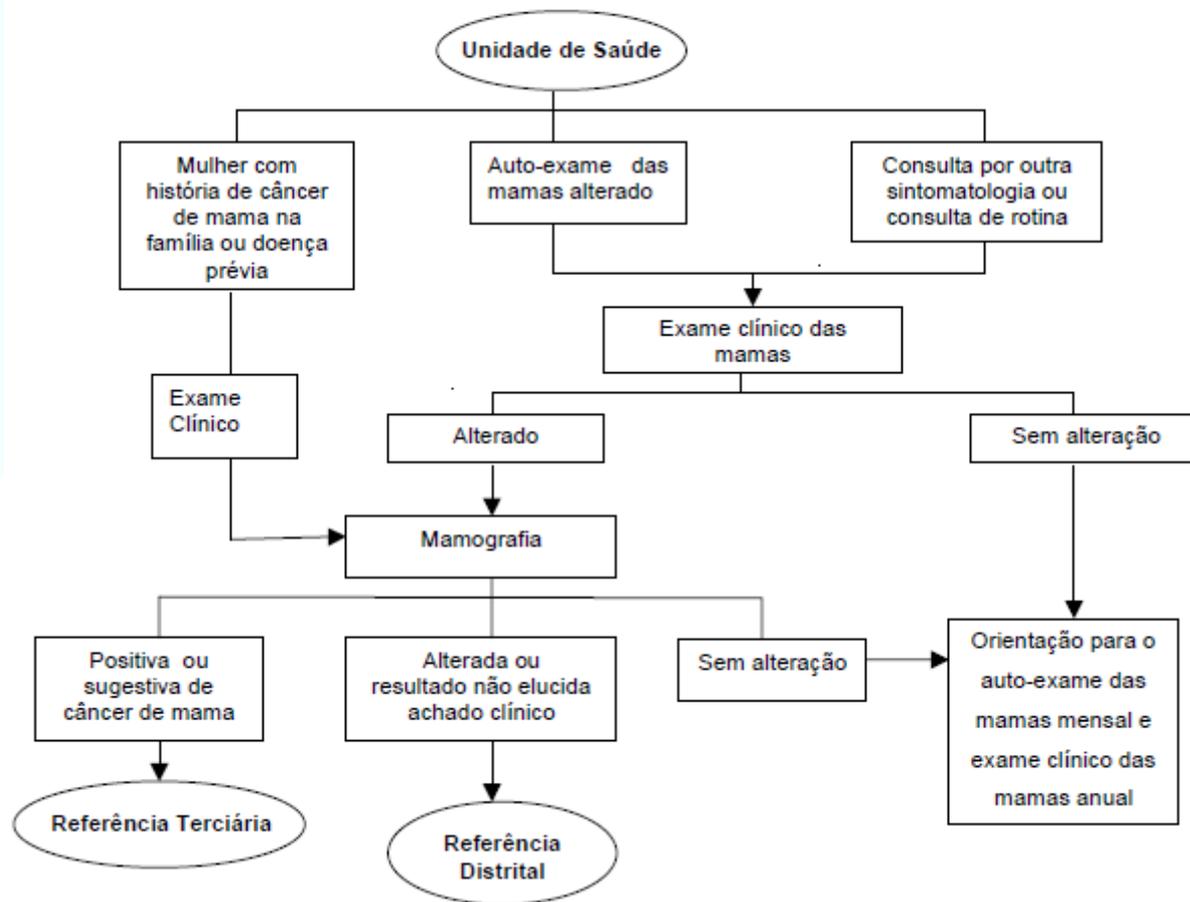
viva mulher

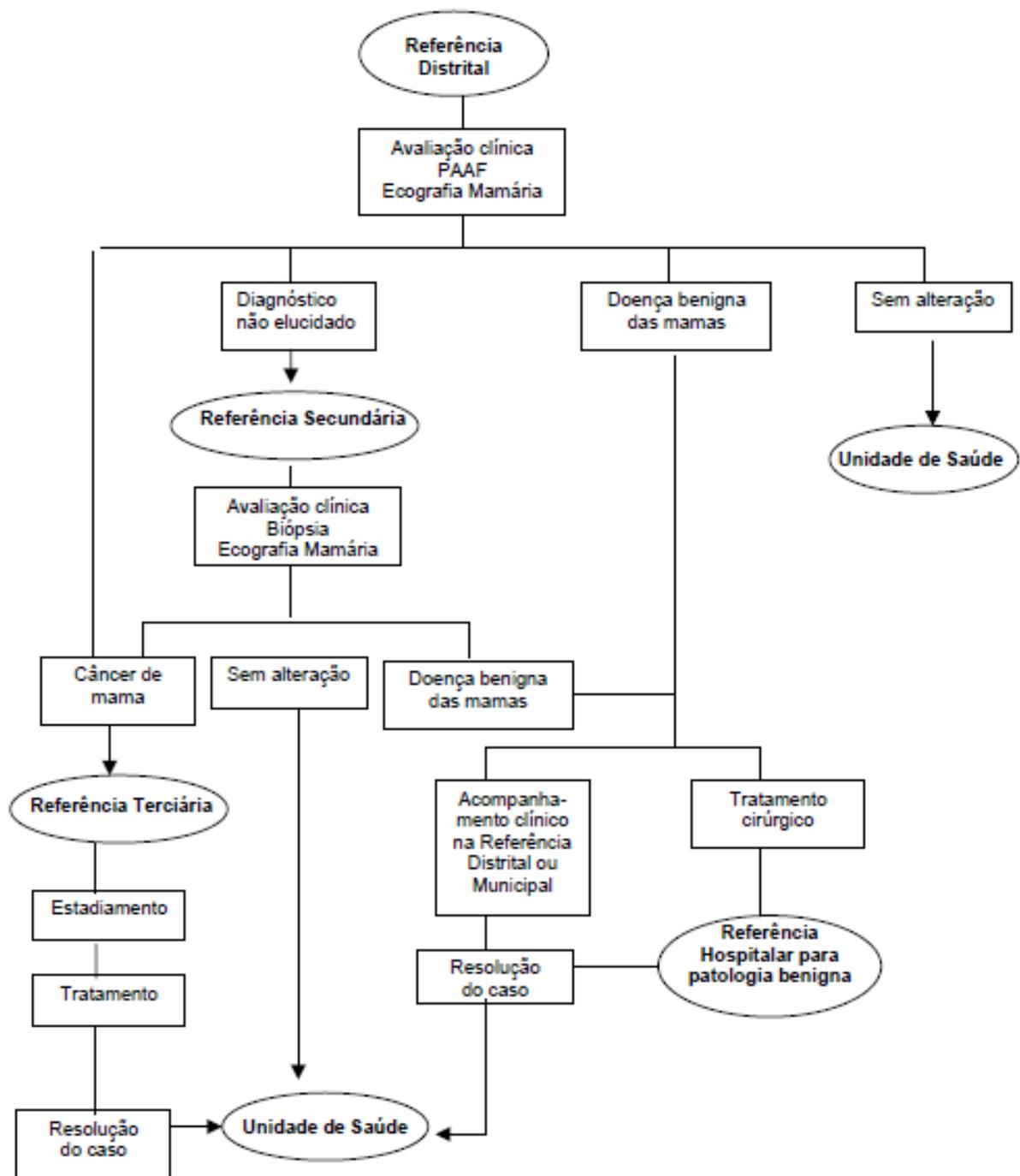
PROGRAMA VIVA MULHER EM
CURITIBA
Controle do Câncer de Mama e
Colo de Útero

2002

2.7. FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

2.7.1 - Ações na Unidade de Saúde





Guarulhos

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

PROTOCOLO SUGERIDO PARA CONSULTA COM MASTOLOGISTA

Motivos para encaminhamento

1. Câncer de mama (suspeito)
2. Dor mamária
3. Casos em que o médico discorde do laudo das imagens da mamografia e/ou casos que ache necessário (encaminhar com justificativa)

1. Câncer de mama (suspeito)

HDA – Encaminhar todos os casos suspeitos

Exames complementares necessários – Mamografia recente e se necessário ultra-som de mama

Exame físico – Citar os achados significativos

Prioridade para a regulação – Todos os casos suspeitos

Critério - P0

Contra referência - À UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

2. Dor mamária

HDA – Encaminhar pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou naquelas refratárias a orientação verbal

Exames complementares necessários – Mamografia recente e se necessário ultrasom de mama

Exame físico – Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso freqüente de medicamentos.

Prioridade para a regulação – Todas as pacientes com dor mamária severa que afeta sua qualidade de vida ou aquelas refratárias a orientação verbal

Critério - P0

Contra referência - À UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência.

EXAMES DE MEDIA COMPLEXIDADE

USG DE MAMA CÓDIGO 1401402-5

INDICAÇÕES:

Identificação e caracterização anormalidades palpáveis,

Para guiar procedimentos invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia),

Para avaliar problemas associados com implantes mamários,

Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos,

Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.

Indicada para pacientes maiores de 40 anos,

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,

- Exame Físico,

- USG prévio (se houver).

PRIORIDADES

- Pacientes dependentes exclusivos do SUS

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Mastologista, Ginecologista, Médico PSF e o Oncologista.

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA CÓDIGO 1309202- 2

INDICAÇÕES:

- Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos anualmente,
- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco,
- Nódulos,
- Alterações da pele das mamas,
- Fluxo papilar,
- Linfonodo axilar suspeito,
- Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal,
- Achado anormal em mamografia anterior.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- USG ou mamografia prévia (se houver).

PRIORIDADE

- Pacientes acima de 40 anos de idade e pedidos de mastologistas

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médico PSF, Mastologista, Oncologista e o Ginecologista.

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

TOMOGRAFIA DE COLUNA Código – 3501101-7

INDICAÇÕES:

- Fratura (suspeita),
- Estenose do Canal Medular (suspeita),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Hérnia Discal.
- Má formação congênita (hemi-vértebras)

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,

┆ RX simples de coluna (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista, Neurocirurgião, Neurologista, Oncologista, Reumatologista e o Mastologista

PRIORIDADES:

- *Processo expansivo*
- *Estenose de canal medular (suspeita)*

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DE MAMA CÓDIGO: 3207204-0

INDICAÇÕES:

- Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer de Mama,
- Nódulos Inconclusivos na US ou Mamografia.

CONTRA INDICAÇÃO:

- Menopausadas (prevenção de Câncer de Mama).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- USG,
- Mamografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Mastologista e o Oncologista.

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).

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

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 245122

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 Nº: 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

SubGrupo: Assistência Hospitalar/Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação N°: 244929

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.

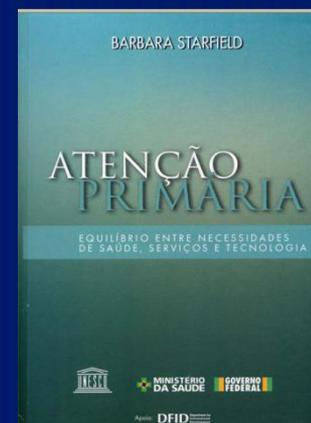
Considerações

- 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

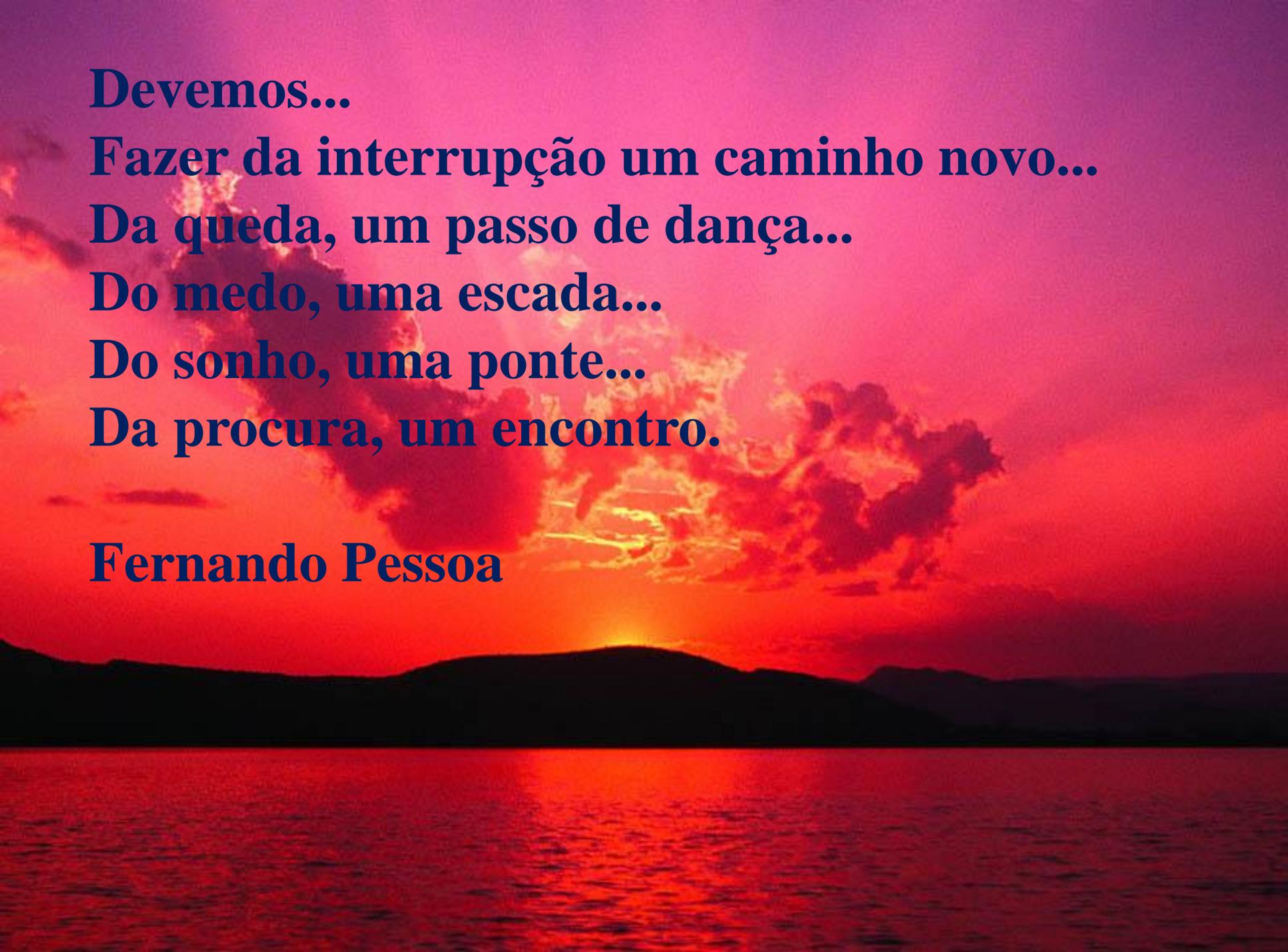
Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem 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