

GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

A coordenadora da atenção básica do município de Céu Azul, procura a secretária Júlia, que recém assumiu a gestão, para tratar sobre o acesso dos pacientes aos serviços especializados, que tem causado um transtorno enorme para as unidades de atenção básica do município. Os profissionais das unidades de saúde têm reclamado que fazem os pedidos de exames e consultas especializadas e depois de um tempo os pacientes retornam reclamando que não conseguem fazer os exames.



A secretária Júlia está preocupada com a situação ela é informada da importância dos exames complementares aos pacientes da Atenção Primária e das consequências da demora na sua realização. Esses exames são fundamentais para garantir a resolutividade que as unidades devem ter, sendo que a unidade de saúde é porta de entrada dos usuários e suas necessidades de saúde, e considerando a atenção básica e sua função de coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção, as unidades tem um papel importante na regulação da assistência, devendo participar da construção e trabalhar com as equipes para a implementação dos protocolos e dos fluxos de acesso dos usuários do seu território e na RAS – Rede de Atenção à Saúde, que em diversos atendimentos ambulatoriais especializados e hospitalares, tem seus serviços localizados em outros municípios e alguns até em outros estados.

A secretária Júlia por sua vez argumentou que não estava entendendo o porquê os pacientes não estavam sendo atendidos, pois isso é responsabilidade do estado e dos municípios que são os gestores destas unidades. Júlia refere ainda que iria levar esta pauta para a próxima na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região do Vale Feliz, que seria na próxima semana para perguntar o porquê seus pacientes não estavam sendo atendidos.

Na semana seguinte os gestores da região do Vale Feliz se encontraram na reunião da CIR para tratar de assuntos de interesse regional, foi a oportunidade que a secretária Júlia teve para expor a dificuldade que estava tendo em garantir o acesso de seus usuários aos serviços de referência; neste momento houve um silêncio na reunião. O diretor da regional de saúde, Jorge, colocou que este é um problema antigo e que toda reunião tem sido motivo de reclamações e que o estado está fazendo a sua parte em atender quem ele dá conta. Em seguida o gestor João Pedro do município de Aurora que é um gestor experiente e representa o maior município da região e conseqüentemente tem um grande número de serviços, fala que os recursos que estão recebendo para atender não são suficientes para custear os serviços e sem falar que há muitos encaminhamentos desnecessários e que grande parte deles deveriam ser resolvidos na atenção primária. A secretária Júlia espantada com a reação dos gestores responsáveis pelas referências dos serviços regionais, fala que até entende todas as dificuldades que foram apontadas, mas que isso não poderia permanecer assim, até porque esta situação está causando um grande prejuízo aos usuários daquela região e que isso era um problema a ser resolvido por todos os gestores da região.

A gestora Olga do município de Vila SUS, uma gestora também experiente, falou que toda essa problemática de acesso aos exames de média e também da alta complexidade é um grande problema do SUS, e isso ocorre em todas as áreas da assistência e que quem banca a maior parte do custo deste serviços são os municípios que são referência, mas que esta situação tem que ser de responsabilidade de todos os gestores da região do Vale feliz e que somente organizando a RAS de forma colegiada e solidária, exercendo a governança e o Planejamento Regional Integrado (PRI) ascendente, definindo parâmetros regionais de cobertura assistencial, uti-

lizando critérios de eficiência de gastos e favorecendo a resolutividade, esses problemas poderão ser minimizados.

Os gestores perceberam o grande desafio que tinham pela frente em organizar a rede de atenção à saúde que possibilite o acesso às ações e serviços de saúde de modo oportuno, com qualidade e resolutividade, mas ao mesmo tempo saíram animados em juntos buscarem uma solução para esse problema. Desta forma, os participantes da reunião da CIR entenderam a importância de tratar o tema e encaminharam para a realização de uma oficina, com a presença dos técnicos do COSEMS e da secretaria de Estado, para tratar da organização da rede de atenção. Pediram para a Vitória, a apoiadora do COSEMS para em conjunto com os técnicos da regional da SES, levantar toda a documentação visando subsidiar a discussão e encaminhar aos participantes, e que, também, fosse realizada uma reunião virtual antes da oficina para a preparação da mesma.

A apoiadora Vitória juntamente com a superintendente da regionalização das regionais de saúde da secretaria de estado, organizaram uma reunião virtual, com os gestores da CIR do Vale Feliz, para apresentarem o processo de regionalização do estado, onde foram abordados os temas relacionados.

Na oportunidade, a apoiadora Vitória fala da importância de qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS e que os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através da Comissão Intergestores Regional (CIR). A CIR se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Esta comissão decide sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados; um desafio permanente da gestão do SUS para a efetiva implantação de uma das suas diretrizes organizativas, a regionalização, e o fortalecimento dos vínculos interfederativos. As CIR constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos para a organização da RAS, em cada nível da organização do SUS (CONASS, 2006)

A negociação contratual é o grande elemento para alcance da equidade regional. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabe aos entes federativos, nas CIR, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (FELICIELLO et al, 2016).

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

A Rede de Atenção do SUS é um dos maiores desafios dos gestores da saúde e esse acesso é marcado por desencontros na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial na Média e Alta Complexidade, o gestor da saúde depara-se com gigantescos problemas para garantir o acesso das pessoas por desconhecimento das reais necessidades de saúde, falta de recursos humanos qualificados, falta de ferramentas adequadas para gerir o sistema e o subfinanciamento da atenção especializada que consome grande parte dos recursos públicos, além de baixa capacidade governativa sobre os serviços da rede.

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados, representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2007).

Esse processo desordenado fere o princípio constitucional da Regionalização do SUS, sem o qual dificilmente o SUS poderá garantir a integralidade das ações de saúde para a população brasileira.

A Atenção Especializada de Média Complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

A Atenção Especializada de Alta Complexidade caracteriza-se pelo conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Outro papel importante da atenção especializada é o apoio matricial, pois a troca de saberes possibilita o empoderamento dos profissionais nas tomadas de decisões, tornando os serviços mais resolutivos.

Após a apresentação, os palestrantes apontaram o acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) como um grande problema da região, pois o número de pacientes que estavam buscando os serviços para fazerem hemodiálise estavam aumentando muito, e ainda ressaltaram que poderia ser um impacto causado pela pandemia do covid-19. Os gestores preocupados com os possíveis desdobramentos que esta pandemia pode estar causando na saúde da população, sugeriram que, na oficina que será realizada, seja discutido o problema da hemodiálise e o que fazer para melhorar essa assistência.

Após o debate, o primeiro passo sugerido pelos gestores e técnicos, foi conhecer melhor o problema, iniciando com um levantamento de dados dos pacientes em tratamento no serviço de TRS de referência. Olga se coloca à disposição e disponibiliza sua equipe para efetuar o levantamento.

Olga, chegando em Vila SUS, solicita a Eduardo, Valéria e Lúcia (Técnicos da VS, AB e Regulação de Vila SUS), para realizarem um diagnóstico dos pacientes da TRS da região, por serviços e como vem se comportando a assistência e gastos, pois também já vivenciou vários problemas de falta de vagas e tem muitos pedidos de exames especializados dos serviços de TRS

para o seu município. Além disso, ela também desconhece a programação existente e a legislação pertinente a essas ações e serviços.

Olga sugere ainda, que Lúcia, Coordenadora de Regulação de Vila SUS e representante do município no Grupo Técnico (GT) de Planejamento e na Câmara Técnica (CT) da CIR, discuta essa pauta regionalmente.

Solicitam ajuda à Taís para levantar a legislação da Doença Renal Crônica (DRC); das normas que tratam do Planejamento Regional Integrado (PRI) e outras referências sobre a governança macrorregional e Política Nacional de Regulação.

Discussão da Situação Problema na oficina da Comissão Intergestores Regional (CIR):

Esta situação problema que será tratada nesta oficina, pretende apresentar as dificuldades que os gestores têm em organizar o acesso aos serviços especializados para tratamento do paciente renal crônico.

Os gestores perceberam que há um crescimento diário de pacientes com necessidade de fazer hemodiálise, e que na sua maioria tinham sido diagnosticados nos prontos atendimentos ou nas unidades hospitalares da região em condições irreversíveis da terapia renal dialítica, esse diagnóstico está ocorrendo na contramão do que é preconizado, que é o paciente estar sendo assistido nas unidades básicas de saúde, com intervenção na promoção, prevenção e no diagnóstico das doenças que se não controladas, como hipertensão, podem levar a dependência dos serviços de hemodiálise, ou até mesmo num tratamento precoce da doença.

O fato de perceberem que o aumento do número de pacientes para os serviços de hemodiálise coincidiu com o período da pandemia e que poderia ter uma relação direta, esta discussão propiciaria fazer uma análise de impacto do COVID nos indicadores de saúde da região.

A oficina iniciou com a apresentação do levantamento realizado pelos apoiadores e técnicos da secretaria de estado, que fizeram a partir do levantamento epidemiológico com a utilização do programa **Tab para Windows - TabWin**, tabulando rapidamente diversos dados em planilhas de fácil compreensão. O aplicativo permite a tabulação de dados existentes em formulários de coleta de processamento e pagamento como: Autorização de Pagamento de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Boletim de Produção ambulatorial e Individualizado (BPA- I), estatísticas vitais como a Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DN), além de outros dados como os de estrutura de serviços do SUS. Para esse trabalho utilizaram os bancos de dados: SIA/SUS. Este programa é gratuito e disponível para download em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>.

Tabularam, ainda, as causas de internação e mortalidade, utilizando os bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares - SIH (RD.dbc) e de o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (DO.dbc) de acordo com os códigos secundários da CID-10 referente à Insuficiência renal, disponíveis em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>.

Abaixo segue exemplo de tabela de dados que podemos tabular no Tabwin para verificar a frequência e gastos de procedimentos da TRS:

Procedimento(2008)	Frequência	VL Aprobado
Total	7.676	1.638.382,36
0305010093 HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	46	8,933,20
0305010107 HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	7,015	1,362,313,00
0305010115 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MAXIMO 3 SE	562	149,100,42
0305010123 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONAL	1	295,41
0305010166 MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA, DPAC	49	17,544,94
0305010182 TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC, DPA (9 DIAS)	3	165,39

Além dessa informação os técnicos também verificaram as internações e óbitos na região de saúde por causas ligadas a qualquer tipo de agravo constantes da CID-10 que foram atendidos pelo SUS, mesmo havendo restrições com relação à qualidade dos dados informados nesses sistemas.

Coube à Thaís fazer um compilado da legislação e outros documentos que considerou importante para as equipes como:

1- Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica, que é um documento nacional, podendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos, podendo ser alterado, desde que de forma suplementar, considerando as especificidades locais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf;

2- Portaria GM 1675/2018 que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html;

3- Portaria GM nº 3.415/2018 que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no SUS. Encontra-se disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/46885994.

4- Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que versam sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI): Resolução nº 23/2017-CIT de 17/08/2017 que trata da regionalização por meio do PRI, Resolução nº 37/2018-CIT de 22/03/2018 que define a modelagem da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) nas macrorregiões de saúde e da Resolução n. 44, de 25 de abril 2018 que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

De posse de todo o material levantado pelos técnicos de Vila SUS, Olga propõe ainda, que haja uma ampla discussão sobre as normativas que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento da Linha de Cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no SUS.

Lúcia apresenta no Grupo Técnico (GT) e na Câmara Técnica (CT) da CIR, o fluxo do doente renal na atual Rede de Atenção, conforme foi sugerido por Olga, considerando os problemas de acesso dos pacientes e que os mesmos necessitam de suporte laboratorial, e de equipe multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento da doença, além de suporte medicamentoso e familiar/comunitários e que há fila de espera nos serviços de TRS da região. Após a apresentação feita no GT e a discussão na CT da CIR, foi sugerido que Valéria e a Lúcia apresentassem na CIR, todo esse conteúdo. Isso foi realizado, conforme descrito a seguir:

Abordagem sobre a atenção na Linha de Cuidado do paciente portador de doença renal crônica, na RAS:

Valéria inicia sua apresentação aos gestores abordando que a Política Nacional de Atenção Básica (PT GM 2.436 de 21 de setembro de 2017 - PRC nº 2 de 28/09/2017) estabelece que a Atenção Básica “*será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede*” - Art. 2º - §1º. (BRASIL, 2017). **(VER capítulo 10)**

Diante dessa premissa, a discussão aponta a necessidade de se investir em processos do cuidado, por meio da reorganização de territórios de responsabilidades das equipes de AB e Vigilância em Saúde, reorganizar a oferta de ações e serviços da Atenção Básica (Carteira de Serviços) com base no enfoque de risco e atendendo todo o território de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde, e principalmente investir financeiramente neste nível de atenção.

A Valéria sugere na reunião que a AB deve sempre participar da programação e contratação de serviços e coloca a importância deste nível de atenção no monitoramento e avaliação da atenção a todos os pacientes, fazendo assim a coordenação do cuidado, nos diversos pontos da RAS, exercendo a AB a função de centro de comunicação da RAS. Refere que os pacientes renais crônicos, a partir do momento que necessitam da Terapia Renal Substitutiva, iniciando sua terapia, perdem contato com as equipes e serviços da Atenção Básica, inclusive quanto a informações sobre a condição clínica e

evolução dos pacientes, desvinculando-os do cuidado das equipes da AB.

Há ainda que priorizar os processos de Educação na Saúde: A Educação na Saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009). Para Falkenberg et al (2014) os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e estão em constante desenvolvimento de novas tecnologias, exigindo inteligência emocional e relações interpessoais que perpassam o ambiente de formação, indo muito além da graduação. Como organizar na região de Vale Feliz, a educação permanente mútua entre a atenção básica e os serviços de referência na nefrologia?

Conforme estabelecido nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no SUS, boa parte dos pacientes adultos costumeiramente atendidos na Atenção Básica apresentam um ou mais fatores de risco para a DRC. São mais relevantes a hipertensão arterial, a diabetes, a população idosa, portadores de obesidade, tabagistas, bem como pessoas com história de outras doenças do aparelho circulatório e história de DRC na família, dentre outros fatores de risco (BRASIL, 2014).

Considerando, portanto, os fatores de risco, se evidencia a necessidade de que as equipes de Atenção Básica estejam sensíveis e atentas ao diagnóstico de DRC e sua classificação, quando presente, para estabelecer os planos de cuidado mais adequados para cada caso. Também é fundamental que as equipes tenham a informação sobre quaisquer contatos com serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares tenham tido, bem como aos dados desse atendimento.

Outro papel relevante da atenção básica se refere à avaliação contínua das pessoas com fatores de risco, pois são preditores da progressão da DRC, situações em que pessoas não controlam adequadamente esses fatores, como as que apresentam níveis pressóricos e glicêmicos mal controlados, manutenção do uso do tabaco e, inclusive, a presença de DRC em estágios iniciais não identificada.

José Carlos, gestor de Freire, reflete com Valéria, que até o momento, houve poucas iniciativas para envolver os profissionais da AB no tema. Com isso, muitas vezes as pessoas com DRC somente eram identificadas nos estágios mais avançados, por vezes, inclusive quando, de um evento de desequilíbrio clínico na emergência ou em uma internação.

Nos municípios da região, na prática, a grande maioria dos exames complementares necessários para a identificação da DRC não estavam disponíveis na AB, senão a totalidade desses exames. e, no entanto, nem se preocupavam com essa questão. Durante a reunião, os gestores refletiram que uma ação de mobilização dos profissionais da AB de todos os municípios da região para discutir o tema seria uma estratégia apropriada para que a preocupação do diagnóstico da DRC fosse incorporada no cuidado de todos os pacientes com fatores de risco presentes, com avaliação periódica.

A partir da identificação da DRC e da classificação dos estágios clínicos, a AB poderia garantir, o cuidado aos casos nos estágios iniciais, e, em para-

lelo, qualificar o encaminhamento para serviços especializados dos pacientes que, efetivamente, apresentassem condições clínicas que requeressem procedimentos mais complexos.

Observou -se, em alguns municípios da região, uma atenção primária fragilizada, o que vem gerando sobrecarga aos pontos de atenção devido ao número alto de encaminhamentos a atenção especializada, situação que traz desorganização aos pontos de atenção. Lúcia aponta a necessidade de capacitar os profissionais da atenção primária para que ela se torne mais resolutiva, até porque, temos insuficiência de profissionais especialistas para atender toda essa demanda.

Esse matricialmente poderia ser realizado tanto pelos serviços especializados existentes na região como em uma parceria com os hospitais de referência nacional, inclusive, através de ferramentas que possibilitem um canal de comunicação que facilite uma construção compartilhada de intervenção pedagógica- terapêutica. Essas ações de matriciamento têm contribuído muito para a aproximação e troca de saberes dos pontos de atenção da rede, e pode ser promovido por diversas tecnologias, devendo considerar as necessidades encontradas, como também as possibilidades disponíveis.

Lúcia explica que a Rede de serviços deve ser organizada, tendo a AB como principal porta de entrada, atuando na prevenção, com acompanhamento multiprofissional e terapia medicamentosa (Assistência Farmacêutica); deve ofertar os exames de média complexidade para o diagnóstico precoce pela avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), alterações parenquimatosas e avaliação de imagem em serviços de referência, quando indicado, e garantir acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva de acordo com o estágio da doença prevista nas Diretrizes do Ministério da Saúde.

Lúcia aborda a necessidade de construir parâmetros assistenciais a partir da análise situacional da região de Vale Feliz, e indica a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e o Caderno 1 - Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017), que são referenciais a serem observados para realizar a programação da assistência dos pacientes renais crônicos em seus diferentes estágios. Com a definição destes parâmetros na região, é possível quantificar os procedimentos de saúde para determinada população e por nível de assistência, já que, segundo as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC, os estágios clínicos de 1 a 3 serão cuidados pela AB e de 4 a 5 pela atenção especializada.

PARA SABER MAIS:

- » <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>
- » http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

Lúcia expõe sua preocupação a partir dessa análise, uma vez que a maior parte dos pacientes renais (10,1% da população acima de 20 anos) serão acompanhados na AB e a menor parte na atenção especializada (0,36% da população acima de 20 anos). Assim, boa parte do custeio para o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes não serão financiados pelos tetos específicos dos cuidados aos doentes renais crônicos, impactando no Piso de Atenção Básica (PAB) e na Média e alta complexidade (MAC) do município de origem do paciente.

Os gestores da região comentam que na vida real o que se observa é:

- *Publicação de novas políticas sem o devido aporte financeiro para a sua implementação. O caso da TRS é um exemplo; foi publicada a Portaria 1675/GM 07/06/2018, mas não houve discussão e nem pactuação de financiamento para garantir os exames de média complexidade para que a AB pudesse realizar o primeiro atendimento e a estratificação do risco dos doentes renais crônicos.*
- *Não há um serviço ambulatorial de referência para pacientes com doenças nefrológicas para cuidar e regular os pacientes aos serviços de hemodiálise, o que fica a cargo das clínicas de hemodiálise, e o fato de não termos um serviço que cuide de forma ambulatorial, muitos pacientes acabam sendo indicados para o serviço de terapia renal substituta de forma precoce.*

Continuando sua exposição, Lúcia, explica que compete aos serviços de Alta Complexidade em TRS:

Acompanhar os casos por equipe multidisciplinar;

Realizar a terapia dialítica indicada para cada paciente;

Realizar os exames de acordo com o estágio (mensal, trimestral, semestral e anual);

Encaminhar para os serviços especializados de transplante (seguir orientações da Portaria GM/MS nº 2600/2009 ou a que venha substituir);

Realizar confecção de fístulas arterio-venosas;

Efetuar treinamento para diálise peritoneal (DPAC ou DPA) de familiares e pacientes, bem como o seu monitoramento;

Tratamento de anemias e distúrbio metabólico mineral ósseo, quando houver;

Tratamento hospitalar das intercorrências da DRC;

Educação em saúde.

Para ilustrar a situação, Vitória, apoiadora Regional, que conhece bem as demandas dos gestores da região, trouxe para o debate o caso de um cidadão de um município da região, que ela preferiu não identificar, pois isso era corriqueiro:

“Um senhor de 53 anos, motorista de caminhão, hipertenso, diabético, obeso, sempre viajando de um lado para outro, com pouca aderência ao tratamento. Iniciou os sintomas de insuficiência renal crônica, apresentando dificuldade para enxergar, edema em membros inferiores, e, mesmo sendo diabético tipo II, consumia muitos doces e outros alimentos ricos em carboidratos, além de ingerir álcool frequentemente. Foi até uma UBS pois não se sentia muito bem. O médico da ESF solicitou os exames de laboratório, Ultrassonografia dos rins e vias urinárias para diagnóstico da IRC e consulta especializada de oftalmologia, por conta das complicações oftalmológicas da diabetes tipo II e o potencial impacto em sua atividade profissional de motorista.

A UBS do município o encaminhou para os serviços de apoio diagnóstico, mas nem todos os exames ele conseguiu realizar, pois, segundo o prestador o contrato com o Serviço, não previa alguns daqueles exames. O homem voltou ao município com o pedido dos exames de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e ultrassonografia dos rins e vias urinárias. O gestor tomou a decisão de ligar para a Referência da Secretaria de Estado para pedir ajuda, mas disseram que não havia programação e nem financiamento para esses exames.

Passados pouco tempo, o homem teve um AVC isquêmico, teve de fazer hemodiálise de emergência e agora encontra-se cadastrado em serviço de TRS, se a atenção básica tivesse sido mais eficiente talvez ele não tivesse sido acometido em tal situação que mudou a vida de toda uma família.

Conclusão: a fragilidade na organização da rede em garantir a retaguarda necessária para a atenção básica acabou agravando o quadro de saúde dele, sem falar no impacto financeiro que o SUS terá para continuar o tratamento na alta complexidade, mostrando o quanto é importante efetivar o PRI na uma macrorregião de saúde.

Outra reflexão na reunião dos gestores foi quanto à necessidade de construir indicadores de avaliação do cuidado e do manejo clínico das DRC. Para isso, e considerando o conjunto de fatores de risco, que abrangem grande número de pessoas, também discutiram a importância de contar com sistemas informatizados de registro de atendimento em saúde, funcionando de maneira integrada entre os diferentes níveis de atenção e capazes de produzir marcadores que permitam aos próprios profissionais, de um lado,

conhecer os casos em seus diferentes estágios, promover o acompanhamento e avaliar o cuidado oferecido. Na prática, soluções já disponíveis no SUS, como o registro eletrônico do paciente (ESUS-AB, da Atenção Básica) e outros sistemas de registro do cuidado hospitalar, poderiam servir como fonte de dados para a obtenção desses indicadores, porém todos concluem ser importante ampliar o desenvolvimento das tecnologias de informação, bem como processos educativos entre profissionais para uso das ferramentas, inclusive com criação de meios para disseminação das informações para os pacientes.

Debateram ainda, formas para conhecer a situação dos pacientes que já se encontram em Terapia Renal Substitutiva, para reconstruir os caminhos do cuidado que foram trilhados e identificar eventuais oportunidades perdidas de ação para evitar o agravamento dos casos. A partir da recuperação das informações desses pacientes, seria possível motivar a reorganização do sistema, desde a atenção básica, para qualificar o cuidado à população e reduzir as situações de risco.

Ainda avaliando a situação dos pacientes que já se encontram em TRS, foi proposta a avaliação do cuidado aos familiares dos pacientes. Além do fator de risco pela questão da hereditariedade e dos hábitos de vida familiares, a situação da convivência, na família, com uma pessoa em TRS, muitas vezes muda completamente as relações intrafamiliares, seja nas questões afetivas ou mesmo de atividades sociais e econômicas. Portanto, conhecer melhor as famílias, dar apoio aos cuidadores diretos, identificar situações de risco entre os familiares e, até mesmo, possíveis novos casos de DRC também poderia ser uma estratégia para qualificar o cuidado para as pessoas com DRC.

É importante uma avaliação clínica dos pacientes que estão realizando TRS, pois boa parte deles poderiam realizar a TRS peritoneal, que é muito mais cômodo para os usuários pelo fato de ser realizada no próprio domicílio, além de resolver o grande problema que é transportar formas dos pacientes três vezes por semana, muitos chegam a percorrer até 550 KM por dia na região do Vale Feliz. Mas para isso, a equipe necessita estar qualificada tanto do ponto de vista clínico quanto gerencial.

É muito importante a atenção básica estar preparada para realizar o acompanhamento desses pacientes e a iniciativa de associação entre pacientes e familiares para dar apoio às pessoas com DRC, pois este procedimento exige até mesmo condições de higiene domiciliar apropriadas. Uma atenção mais próxima a essas famílias poderia fortalecer esses laços, favorecer a associação e, inclusive, facilitar a inserção social desses grupos familiares em busca de outros apoios intersetoriais, como facilitar o acesso ao trabalho e renda, a busca de direitos sociais, a convivência como elemento de mitigação do sofrimento psíquico e outras iniciativas.

Essa ação diminui a utilização do Tratamento Fora de Domicílio TFD que é um serviço oferecido aos pacientes, residentes em um determinado estado, ou município, que necessitam de tratamento em serviços localizados em municípios do seu próprio estado ou estados diferentes daquele que ele reside, que também faz parte da organização necessária para garantir

a continuidade do acesso dos usuários em outros pontos de atenção na rede, e que no caso dos pacientes que precisam do serviço de hemodiálise é bastante oneroso.

5- Tratamento Fora do Domicílio (TFD): A Portaria nº 55/1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prto055_24_02_1999.html

Diante das apresentações feitas, os gestores da região de saúde do Vale Feliz, apontaram para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) dentro do processo de Planejamento Regional Integrado 'PRI', desta forma, encaminharam para a construção de um plano estratégico de organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC):

Estruturar a atenção básica e implementar um processo de educação permanente dos profissionais de saúde, de forma mútua entre AB e AAE, fortalecendo o cuidado de forma integral e possibilitando a ampliação da resolutividade de rede.

Implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

Garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

Garantir educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

Efetivação da rede na CIR do Vale Feliz com definição clara das responsabilidades de cada esfera de governo, garantindo a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde.

Instituir o monitoramento e avaliação contínua do processo de organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).