

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

**Florianópolis-SC
Setembro de 2016**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1. Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- a) A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- b) O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- c) Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central Estadual de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- d) O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
 - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- e) O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- f) As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.
- g) As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- h) O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- i) Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cujas demoras implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- III. Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatose hepática.
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

7. PROTOCOLO DA CIRURGIA BARIÁTRICA:

7.1. DOENÇAS E/OU MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

Foram elencados os seguintes sinais e sintomas de doenças ou patologias a serem encaminhados e posteriormente regulados:

- Obesidade com indicação cirúrgica estando em acompanhamento na atenção básica ou média complexidade com compensação clínica e acompanhamento multidisciplinar por período de 2 anos.

7.2 SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- IMC < 40 kg/m² sem doença ou co-morbidade definida como grave pela atenção primária, ausência de tratamento clínico ou seguimento do caso clínico conforme definido pela atenção média por 2 anos e avaliação com especialista em endocrinologia.

7.3 CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS A TODOS OS PACIENTES:

- Ausência de causas secundárias da obesidade
- Idade entre 18 e 65 anos
- Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento
- Compromisso com o seguimento pré e pós-operatório
- Ausência de dependência química a álcool e/ou drogas ilícitas
- Ausência de distúrbio psicótico grave

7.4 SÃO CONTRA-INDICAÇÕES PARA O AGENDAMENTO:

Esta medida visa a compensação dos quadros clínicos e acesso à consulta com objetivo cirúrgico os casos com menores chances de complicações pós-operatórias e maiores resultados cirúrgicos.

As características clínicas listadas abaixo deverão ser avaliadas, tratadas e excluídas através de seguimento clínico destes pacientes na baixa e na média complexidade antes da inclusão na solicitação da consulta:

*** Transtornos de comportamento alimentar**

para Existe a necessidade de consulta e seguimento prévio com psicólogo e nutricionista avaliação, tratamento e exclusão deste transtorno.

*** Transtornos psicóticos graves (incluindo depressão severa ou tentativa de suicídio)**

Tratamento e seguimento clínico com psicólogo e psiquiatra.

*** Dependência química**

Tratamento da dependência por álcool, tabagismo, drogas e/ou medicamentos através do seguimento clínico com psicólogo e psiquiatra.

***Insuficiência orgânica grave**

Acompanhamento de equipe multidisciplinar na localidade de residência ou média complexidade próxima que possa seguir e atender o caso no estado pós-operatório mediato.

***Doença neoplásica, infecciosa e inflamatória em atividade**

Incluir o laudo médico com a descrição da ausência destas co-morbidades.

7.5 ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGENCIA HOSPITALAR:

- IMC \geq 30 kg/m² com co-morbidade em estado de descompensação clínica ou a critério médico na unidade de atenção básica.

7.6 ENCAMINHAR PARA OUTRA ESPECIALIDADE:

- Co-morbidades descompensadas como HAS, DM, Doenças ósteo-articulares, Apneia do Sono, Doença Cardio-vascular, DBPOC a depender na necessidade clínica e gravidade do caso, ficando a critério do médico da unidade de atenção primária. O encaminhamento deve atender os critérios específicos definidos para cada especialidade relacionada aos problemas apresentados pelos pacientes e que indicarão o encaminhamento para a especialidade relacionada para acompanhamento e compensação clínica

PROCOLO DE ACESSO – OBESIDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- IMC \geq 40 kg/m² - Pacientes com este índice de massa corporal sem co-morbidades e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
- IMC \geq 35 kg/m² - com co-morbidades: HAS, DM, apnéia do sono, osteoartrose em acompanhamento multidisciplinar nas especialidades relacionadas com laudo do especialista justificando a co-morbidade relacionada e/ou decorrente do quadro da obesidade e falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
- IMC \geq 30 kg/m² - com co-morbidades que ameaçam a vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso.
** Neste caso necessita estar definida a co-morbidade como GRAVE através de laudo descritivo do médico responsável pela atenção primária, UPA ou média complexidade e também caracterizada como grave e com “intratabilidade clínica” por um Endocrinologista.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- OBSERVAR AS CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS A TODOS OS PACIENTES (Descrever SEMPRE o IMC do paciente).
- OBSERVAR SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS.
- NÃO INCLUIR PACIENTES COM CONTRA-INDICAÇÕES PARA O AGENDAMENTO.
- OBSERVAR CRITÉRIO DE ENCAMINHAMENTO A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	OS OBESOS DESCOMPENSADOS DEVERÃO SER ATENDIDOS EM UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR
AMARELO	IMC \geq 40 kg/m ² - com co-morbidades que ameaçam a vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso.
VERDE	IMC \geq 40 kg/m ² - Pacientes com este índice de massa corporal sem comorbidades e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
AZUL	IMC \geq 35 kg/m ² – Pacientes com co-morbidades: HAS, DM, apnéia do sono, osteoartrose em acompanhamento multidisciplinar nas especialidades relacionadas com laudo do especialista justificando a co-morbidade <u>como relacionada e/ou decorrente do quadro da obesidade</u> e falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

http://rca.fmrp.usp.br/servico/gastro/documentos/cirurgia/gastro/bariatrica_files/protocolo_cirurgia_bariatrica.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf

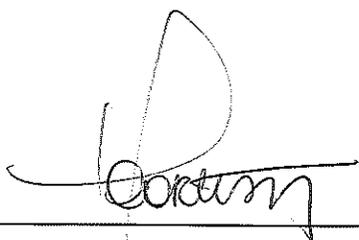
10. COLABORADORES:



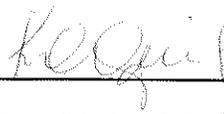
Dr. Juliano Cardoso
Médico Regulador GECOR
CRM/SC 6951



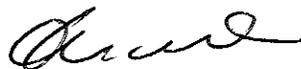
Dr. André Luiz Parizzi Melo
Chefe do serviço de Cirurgia bariátrica HRSJ
CRM/SC 12642



Marilvan Cortese
Gerente de Complexos Reguladores SES



Karin Cristine Geller Leopoldo
Diretora de Planejamento, Controle e
Avaliação do SUS



Dra Lúcia Regina Schultz
Superintendente de Serviços e Regulação