

Serviço de Neurocirurgia/ Neurociências

Projeto 2009



Secretaria da Saúde



GOVERNO DA BAHIA
SECRETARIA ESTADUA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES

***PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE
NEUROCIRURGIA/NEUROCIÊNCIA DO HGPV***

Gilmar Barros Vasconcelos¹
José Francisco Schulte Ulguim²
Silvio Arcanjo Matos Filho³

JEQUIÉ
2009

© 2008 Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

¹ Diretor Geral do Hospital Geral Prado Valadares – Jequié, Bahia

² Médico Neurocirurgião do Hospital São João, Porto, Portugal - Colaborador/Consultor Técnico do Projeto

³ Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares – Jequié, Bahia

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

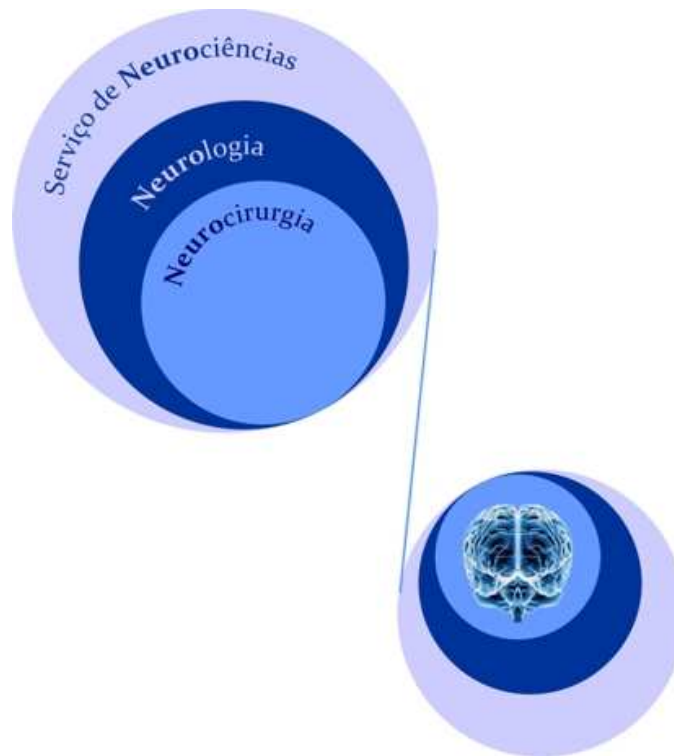
Hospital Geral Prado Valadares

Rua São Cristóvão, s/n - Centro

CEP: 45.203-110, Jequié – BA

E-mail: sesab.hgpv@saude.ba.gov.br

Home page: www.saude.ba.gov.br/hgpv



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
O HOSPITAL.....	09
CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	13
JUSTIFICATIVA.....	16
OBJETIVO GERAL.....	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
METAS.....	28
METODOLOGIA.....	30
Desenvolvendo o projeto.....	31
O Serviço de Neurocirurgia/Neurociências do HGPV.....	37
Dinâmica dos Setores de atendimento.....	39
Ampliando o escopo do projeto.....	43
ADEQUANDO À LEGISLAÇÃO.....	44
CONCLUSÃO.....	45

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, 700.000 mortes e 15.000.000 de eventos, entre ferimentos e seqüelas são ocasionadas pelos traumas, sendo estes ainda responsáveis pela mortalidade prematura e maior índice de morbidade e altíssimos custos à Previdência Social.

Os acidentes de trânsito no Brasil respondem por **50% desses traumas**.

As estatísticas internacionais mostram que ocorrem cerca de 100.000 mortes anuais por TCE (traumatismo crânio encefálico), destes 50% estão associados ao **álcool**. Segundo BRUNNER & SIDDART (1998), o AVC (acidente vascular cerebral), ocupa 18 á 37% nas taxas de mortalidade global sendo responsáveis também pela longa permanência de pacientes nos leitos hospitalares.

Para atender á essa demanda, faz-se necessário uma rede de hospitais, com aparato tecnológico, estrutura física adequada e equipe de profissionais qualificados, e um sistema de referência e contra- referência eficaz, que possam atender com qualidade e rapidez a população.

No Brasil, por questões históricas, econômicas, políticas e culturais, a maioria dos hospitais públicos não está preparada para dar conta dessa demanda, acarretando com isto que, muitos dos usuários do SUS (Sistêma Único de Saúde), apesar dos princípios da **Universalidade, Equidade, e Integralidade**, não conseguem de maneira satisfatória o acesso aos serviços especializados, principalmente nas unidades de urgência/emergência, contribuindo negativamente para as estatísticas nacionais de morbimortalidade.

Com o surgimento no País do APH (atendimento pré – hospitalar) no início da década de 80, de acordo com Dr. Carlos Eid (diretor da associação Bras. de medicina do Tráfego), essa realidade começou a mudar, inicialmente em São Paulo e depois nas outras capitais, com a elaboração do primeiro manual de Atendimento pré – hospitalar em 1981.

Mas como somente esse serviço não era suficiente, para reduzir as mortes, foi através da implantação pelo governo federal em 2003 do SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), que verifica-se de fato alterações favoráveis no perfil do atendimento pré-hospitalar no País, proporcionando uma assistência melhor qualidade mais rápida e segura aos traumatizados, e não só, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Entretanto, paralelo a isso, continuo crescimento do número de acidentes no trânsito, violência, tornam o Brasil em um dos recordistas mundiais em doentes politraumatizados, observando que o presente texto dará atenção específica ao TCE.

Esta situação aliada á falta de investimento em atenção básica de saúde (medidas preventivas e educacionais), investimentos de ordem econômica, melhoria dos

equipamentos diagnósticos, em muitos municípios brasileiros, bem como a pérfia ou ausência de políticas sérias, programadas de investimentos financeiros, de qualificação dos profissionais da área da saúde, propiciou a superlotação dos hospitais de urgência/emergência que por não conseguirem atender de forma qualificada, acabam por ter seus doentes aguardando transferência para outras unidades de maior porte. Observa-se aqui o grave fator “tempo”, que por falta de pessoal qualificado, condições de investigação diagnóstica e pouca capacidade de resolubilidade pode levar a resultados desastrosos do ponto de vista humano e social.

Essa distorção, principalmente nos hospitais públicos do nordeste e do interior, tem contribuído para uma enorme dificuldade de acesso das vítimas de traumas aos serviços especializados de urgência/emergência, em especial os pacientes que necessitam de neurocirurgia, gerando conseqüentemente uma assistência deficitária, de má qualidade com repercussões negativas em primeiro lugar aos doentes, seus familiares repercutindo-se de forma geral na sociedade.

Traduzindo-se em grave problema para Saúde Pública e Previdenciária.

Para reverter essa situação, seria necessária uma reorganização da estrutura física de muitos hospitais, recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente tanto para o atendimento pré e intra-hospitalar, recursos tecnológicos e financeiros, além de uma vontade política e mudança de postura dos profissionais, tendo como meta, **a Humanização da Assistência e melhoria na qualidade de vida das pessoas.**

Porém, não é isso que nos mostra a realidade de nossos municípios. Como dizia Maquiavel, **“não há nada mais difícil de executar e perigoso de manejar, do que a instituição de uma nova ordem.”** Para Dr. Paulo Guimarães, Diretor do grupo de Resgate e Emergência do RJ, em estudo feito pelo CREMERJ, no ano de 2000, 83% dos profissionais médicos não possuem treinamento específico para atuar nesta área; 66% dos profissionais “emergencistas”, possuem até 3 empregos e 71% deles, estão insatisfeitos com o trabalho e ainda, diz que 79% dos médicos não recebem treinamento continuado em emergência.

O mesmo estudo mostra que no Brasil, o Conselho Federal de Medicina, considera a medicina de emergência como uma área de atuação e não como especialidade e que a maioria das faculdades não aborda esse tema na graduação o que coloca os profissionais recém – formados diante de um dilema grave e a população em “Risco”.

Cabe aqui dizer que um dos objetivos da implementação do referido serviço, será justamente a adequação dos profissionais para prepararem-se a receber com qualificação técnica correta os doentes neurológicos / neurocirúrgicos.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2000, no tocante á assistência de média e alta complexidade, já preconizava àquela época que o **“serviço de atendimento de urgência seria a porta de entrada para esses casos, com as necessárias**

portas de saída, exigindo a definição de uma hierarquia de serviços, com fluxo regulado por médicos reguladores do sistema de urgências”

O sistema de regulação foi implantado e o que se vê na prática, especialmente em relação aos atendimentos de neurocirurgias, são uma concentração de serviços e profissionais nas capitais e algumas microrregiões, como acontece na Bahia, ficando boa parte dos municípios desprovidos desses serviços, e conseqüentemente a população desassistida.

Após amadurecimento das ideias sobre a neurocirurgia em Jequié têm-se reais condições de levar adiante um projeto dessa envergadura, as quais foram o cerne do que se passa a expor neste momento, do que será o Serviço de Neurociências do Hospital Geral Prado Valadares.

O Serviço de Neurociências será na verdade a composição de duas, no momento, áreas afins, Neurologia e Neurocirurgia, não ocorrendo qualquer tipo de preconceito para que futuramente sejam agregadas áreas de atuação como Neuroradiologia e Neurofisiologia.

Tem-se a nítida visão de que não basta a criação isolada do Serviço de Neurocirurgia, é necessária uma adequação de toda a comunidade, e existe empenho neste trabalho para que em conjunto com a comunidade hospitalar, Secretaria de Saúde Municipal (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), seja alcançado o intento de criar, transformar e ser um exemplo em relação à atividade médica, dentro do Sistema Único de Saúde.

Será provado desta forma, que, com rigor administrativo, boa vontade e integração podemos ofertar um serviço digno as pessoas, trabalhando sem aviltar a profissão médica.

O HOSPITAL



O Hospital Geral Prado Valadares tem como missão “prestar assistência humanizada, integral, equânime e universal”, é uma Unidade da Rede Pública do Estado da Bahia, de abrangência regional, de Porte IV de acordo com a portaria 2.224/02 do Ministério da Saúde e do tipo II na classificação da Secretaria da saúde do Estado da Bahia , com área construída superior a 6.500 m², com 212 leitos, Clínica Médica (31), Clínica Cirúrgica (27), Obstetrícia (35), Pediatria (18) Neonatologia (12) Terapia Intensiva (10) e Psiquiatria (24), Neurologia (16) além de 16 leitos de observação adulto, 5 pediátricos e 11 de Pré-parto, 2 Reanimação adulto e 1 Reanimação pediátrico, 4 leitos para sutura e atendimentos de emergência.

O HGPV possui Laboratório de análises clínicas que realiza exames nas áreas de Hematologia, Bioquímica, Hemogasometria e Imunologia totalmente automatizado. O Serviço de Bio-imagem realiza procedimentos de imagem por Raios-X e Ultrassonografia com Doppler Colorido.

A Emergência do Hospital funciona em duas alas e duas portas de entrada, uma para Emergências Obstétricas e outra para demais Emergências em Geral com Acolhimento e Classificação de Risco. A escala de Plantonistas do hospital na área médica conta com Clínicos Gerais, Traumato-Ortopedistas, Intensivista, Otorrinolaringologista, Oftalmologista, Cirurgiões Gerais, Cirurgião Vascular, Anestesistas, Ultrassonografistas e Obstetras, além de Assistente Social, Nutricionista, Bioquímico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Cirurgião Bucomaxilofacial, Fisioterapeuta, Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Técnico em Radiologia, Técnico em Patologia, Técnicos e Auxiliares Administrativos, Vigilantes, dentre outros.

Atuam como Diaristas médicos das especialidades de Clínica Médica, Urologia, Pediatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia, Pneumologia, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Ortopedia, Radiologia, Ultrassonografia, Endoscopia, Terapia Intensiva, Cardiologia, Gastroenterologia, Psiquiatria e Neonatologia.

A Unidade de Terapia Intensiva é adulto tipo II, possui 10 leitos instalados devidamente equipados e ativos, entre os quais um é de isolamento. Dispõe de Ventiladores Vela e Inter 5 Plus com central de monitorização interligada além de uma Máquina para Hemodiálise.

Centro Cirúrgico possui quatro salas, as quais necessitam de reposição de equipamentos. A Central de Material Esterilizado possui dois Autoclaves Horizontais de Médio Porte.

Para o transporte de pacientes o Hospital dispõe de três Ambulâncias Básicas para transferências de Pacientes entre o Hospital e demais Unidades da Rede, e uma Ambulância Avançada – UTI Móvel, devidamente Equipada.

O Grupo Gerador do Hospital está interligado a todas as Enfermarias, UTI, Centro Cirúrgico e Emergências. O HGPV conta com Centrais de Oxigênio, Ar Comprimido e Vácuo com pontos interligados à maior parte dos leitos da Unidade.

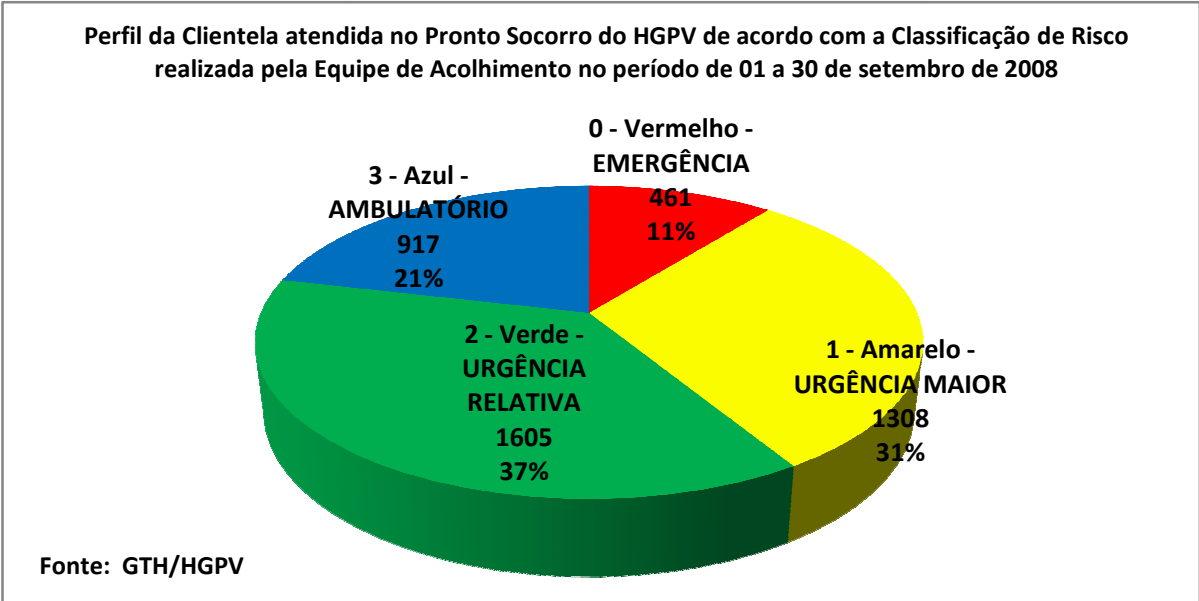
O Serviço de Controle da Infecção Hospitalar atua de forma satisfatória e os funcionários contam com o Serviço de Saúde Ocupacional.

A Unidade mantém ainda os Ambulatórios de Oncologia, Psiquiatria, Neurologia, Urologia, Ginecologia e Ortopedia.

Atuam no Hospital mais de 850 funcionários das diversas categorias profissionais com cinco tipos de vínculos (Efetivos, REDA, Fundação, Pessoa Jurídica e Comissionados).

Desde o mês de junho de 2007 foi implantado o Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Urgência de acordo com a Política Nacional de Humanização, os quais são classificados de acordo com o protocolo disposto na página seguinte.

No gráfico que se segue apresenta-se o resultado consolidado da Classificação de risco do mês de setembro de 2008.



Protocolo de Classificação de Risco utilizado na Porta de Entrada da Urgência do HGPV sugerido pela Política Nacional de Humanização:

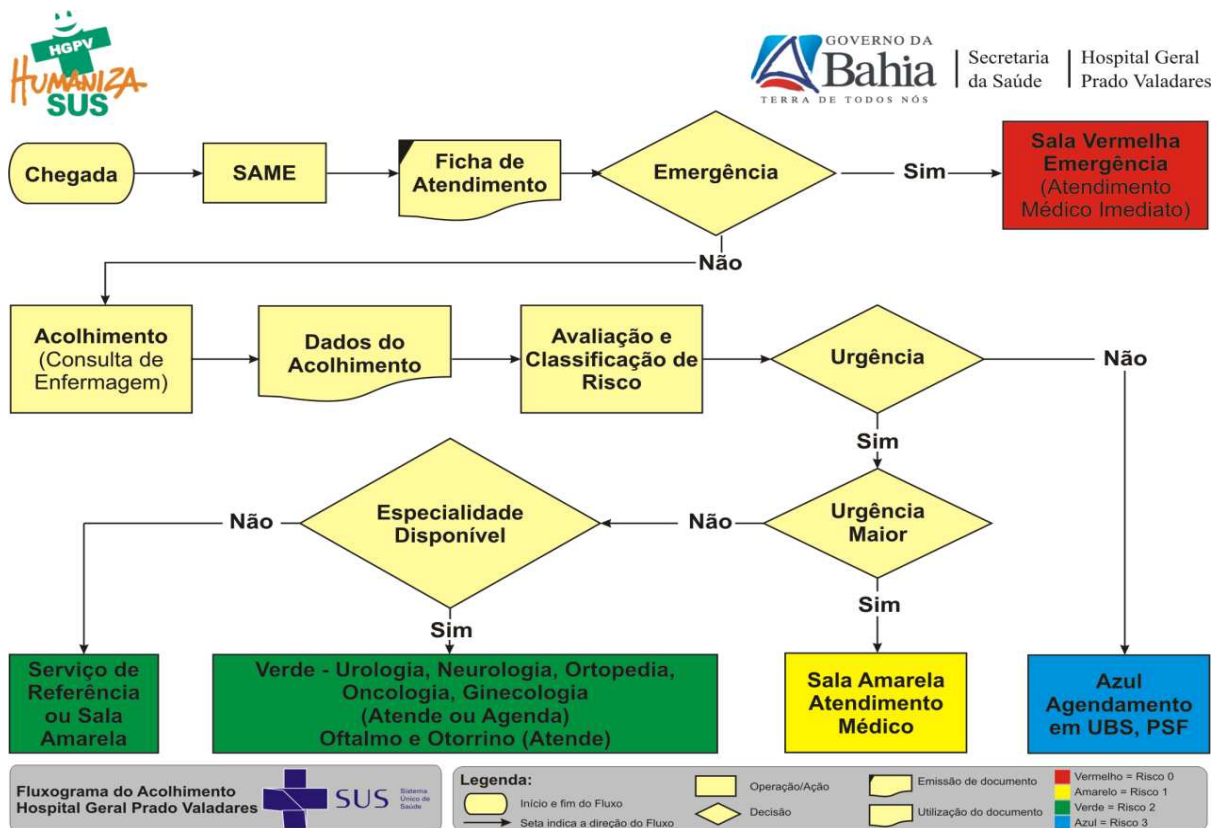


EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATORIO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Politraumatismo; TCE ✓ Queimaduras grandes; ✓ Coma ou alteração de consciência; ✓ Lesão da coluna vertebral; ✓ Desconforto respiratório grave; ✓ Dor no peito + falta de ar + cianose; ✓ Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 min; ✓ Perfuração no peito, abdome ou cabeça; ✓ Crise convulsiva; ✓ Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; ✓ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ✓ Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); ✓ Parada cardiorrespiratória; ✓ Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); ✓ Hemorragias não controláveis; ✓ Fraturas; ferimentos (cortes). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefaléia intensa de início súbito; ✓ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; ✓ História de convulsão; ✓ Dor torácica intensa; ✓ Crise asmática ou desconforto respiratório; ✓ Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ✓ Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ✓ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ✓ Epistaxe; ✓ Dor forte de qualquer natureza; ✓ Sangramento vaginal com dor abdominal; ✓ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ✓ Febre alta (39/40°); ✓ Luxações, entorse + dor intensa; ✓ Acidentes por animais peçonhentos; ✓ Broncoespasmo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idade superior a 60 anos; ✓ Pacientes escoltados; ✓ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ✓ Asma fora de crise; ✓ Enxaqueca; ✓ Dor de ouvido moderada a grave; ✓ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; ✓ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ✓ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ✓ Abscessos; ✓ Distúrbios neurovegetativos; ✓ Lombalgia intensa; ✓ Intercorrências ortopédicas; ✓ Gastroenterite. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Queixas sem alterações agudas; ✓ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; ✓ Demais situações não enquadradas anteriormente; ✓ Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico Imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco Hospital Geral Prado Valadares

Legenda:
■ Vermelho = Risco 0
■ Amarelo = Risco 1
■ Verde = Risco 2
■ Azul = Risco 3

Na chegada do paciente é seguido o seguinte fluxo, exceto para as emergências:



O HGPV tem vocação de Hospital terciário, para isto está se discutindo um plano de readequação do Hospital Prado Valadares com integração da rede para reorganização dos atendimentos no Pronto Socorro e nos Ambulatórios, passando a dar prioridade aos casos referenciados de maior complexidade. Assim o Pronto Socorro do HGPV se transformará em **Unidade de Emergência Referenciada**, cujo principal objetivo será atender pacientes graves mediante regulação e contato pelo SAMU. Assim como para os Ambulatórios. Isto objetiva preservar o papel do HGPV no sistema regionalizado e hierarquizado instituído pelo Ministério da Saúde e atender bem aos usuários do SUS. Desta forma o sistema vai desafogar; os fluxos serão redefinidos de acordo com os níveis de complexidade dos casos; os processos de trabalho serão melhorados; será possível realizar educação em saúde de melhor qualidade e conseqüentemente haverá:

- Racionalização de recursos;
- Elevação da qualidade do atendimento;
- Maior aprofundamento na área de ensino e pesquisa;
- Satisfação dos usuários e trabalhadores;
- Resolubilidade dos casos.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A microrregião de saúde não possui serviço de neurocirurgia, com a implantação deste Serviço no Hospital Geral Prado Valadares pretende-se resolver um grave problema de (falta) assistência a pacientes com urgências neurológicas na região de Jequié. Com esta ação o Hospital Geral Prado Valadares se transformará em hospital de referência também nesta área para o pólo microrregional composto por 26 municípios: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ibirataia, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itagibá, Itamari, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Milagres, Nova Itarana, Planaltino e Santa Inês. Estes 26 municípios possuem uma população de 522.366 habitantes de acordo com a estimativa populacional do IBGE para 2008, disponibilizada no site do DATASUS/MS.

A cidade de Jequié é o pólo da microrregião de saúde, faz parte da Macrorregião Sul e está localizada na região sudoeste da Bahia, a 365 km de Salvador, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. É uma cidade bem localizada geograficamente, cortada pela BR-116 e BR-330, tangenciada pela BR-101, a BR-330 liga as BRs 116 e 101.

Os pacientes com Traumatismo Crânio Encefálicos (TCE) que chagam ao HGPV, que ultrapassa 30 casos por mês, são acolhidos, diagnosticados e se houver indicação de avaliação ou intervenção neurocirúrgica são referenciados e transferidos para a Capital do Estado (Salvador) em Unidades Móveis terrestres (Ambulâncias Básicas ou Avançadas). Todo esse processo tem duração mínima de 5 a 6 horas, da admissão no HGPV até dar entrada numa Unidade da Capital do Estado, considerando que tudo ocorra sem percalços. Considerando que se faça a Tomografia de Urgência em Unidade conveniada extra-hospitalar (única opção), haja veículo e equipe disponível para o transporte e também haja vaga em Hospital de Referência em Salvador para receber o paciente (seja regulado). De acordo com os conhecimentos científicos sobre o assunto, um paciente de trauma grave que desenvolva um hematoma subdural agudo, por exemplo, poderá não chegar vivo, e, se chegar, já poderá estar instalado determinadas lesões irreversíveis que tendem a agravar com o passar das horas, e como observa-se muitas vezes, passar de dias.

Para além do doente traumatizado, devemos observar o número de de doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo avaliação estatística, revendo os últimos meses referentes aos diagnósticos obtidos no HGPV, verificamos ter acima de 40 casos por mês, doentes com alguma necessidade de avaliação complementar, complicações que por ventura poderiam ou necessitariam de uma atitude / intervenção neurocirúrgica.

Historicamente os Serviços de Alta Complexidade concentraram-se na capital do estado, devendo-se aqui fazer uma avaliação histórica, no sentido de futuramente coibirmos novos erros estratégicos.

A citada microrregião de Jequié, assim como outras várias pelo estado da Bahia, bem como no restante do Nordeste brasileiro carece urgentemente de políticas de saúde que venham atender as reais necessidades de investigação, tratamento e resolutividade nesta área de atuação médica, que como sabe-se necessita de equipes multidisciplinares para sua atuação, fazendo que haja uma linha determinante de melhoria em várias áreas com consequente e óbvia melhoria assistencial de alta complexidade.

O atual gestão que dispos-se a assumir este desafio, recebeu este hospital, da rede pública estadual, com sérios problemas estruturais, tecnológicos e de recursos humanos que impossibilitaram o desenvolvimento deste tipo de projeto, a exemplo de outros em curso, até o presente momento.

Em consonância com a Política Estadual de Saúde estamos em processo de transformação para implantar as bases dos Serviços de Alta Complexidade no Hospital Geral Prado Valadares no sentido de interiorizar serviços, que até então estavam concentrados na capital do estado.

Seguindo as diretrizes do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o desenho das redes de serviços da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, para isto a Direção do HGPV com apoio da SESAB, já adquiriu novos equipamentos, reformou e equipou Unidades de Produção de Serviços a exemplo da Pediatria, UTIG, Laboratório e Farmácia.

Está sendo redimensionado o quadro de pessoal das diversas áreas a exemplo de Enfermagem, Assistência Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, além da área médica a qual continua o processo de contratação de novos profissionais para suprir déficit em determinadas especialidades.

Com relação à estrutura física do Hospital, em especial a Urgência e Bloco Cirúrgico, já se encontra em fase de elaboração do Projeto Executivo para reforma, reestruturação e ampliação.

JUSTIFICATIVA

A execução desse projeto possibilitará a implantação do Serviço de Neurocirurgia/Neurociências do HGPV.

Através da intervenção neurocirúrgica em tempo oportuno, em vítimas com Traumatismo Crânio Encefálico, com AVE que venham a necessitar de cuidados invasivos bem como a todos os doentes que por ventura tenham diagnosticados patologia do foro Neurocirúrgico.

Assim poderemos com uma política de gestão hospitalar séria atendermos e principalmente, salvar muitas vidas que hoje, infelizmente, são perdidas pela dificuldade de acesso e tratamento nomeadamente na área neurocirúrgica.

Além disso, a implantação do projeto força a estruturação do hospital, qualificação técnica dos profissionais e melhoria multidisciplinar e em conjunto na qualidade do atendimento à população, nomeadamente na área neurológica.

Com isso este será um agregador de valores, trazendo no seu arcabouço a exigência de mudanças de atitudes, conhecimento técnico dos vários profissionais envolvidos, desde o pré-atendimento hospitalar já estando no seu arcabouço o pensamento de virmos a desenvolver e implantar a “Linha Verde do AVC”, bem como cuidados especializados na Unidade de Terapia Intensiva e Enfermaria.

A resolução do problema que este projeto se propõe a dar conta é de extrema importância para a comunidade jequiense e de toda a região que referencia para este pólo de saúde, porque desfaz a solução de continuidade existente no tratamento de urgência a pacientes com trauma ou não, neurológica, evitando assim, a exposição de pessoas passíveis de intervenção neurocirúrgica em tempo oportuno ao risco de morte. **Isto é dignidade humana e profissional.**

Não existem outros projetos semelhantes sendo desenvolvidos nesta microrregião bem como no restante do estado da Bahia, a implantação deste vai trazer benefícios econômicos e sociais para a comunidade de Jequié além de resultados importante para a região, tanto no âmbito da saúde quanto acadêmico.

População Residente - Estimativas para o TCU – Bahia
 População estimada por Microrreg/Municip
 Macrorreg de Saúde: Sul
 Período:2008

Microrreg/Municip	População_estimada
29091 Ilhéus	374.398
..... Arataca	10.986
..... Canavieiras	36.911
..... Ilhéus	219.710
..... Itacaré	26.348
..... Mascote	16.557
..... Santa Luzia	15.615
..... Uma	25.287
..... Uruçuca	22.984
29092 Itabuna	526.988
..... Almadina	6.742
..... Aurelino Leal	14.559
..... Barro Preto	6.626
..... Buerarema	20.687
..... Camacan	31.133
..... Coaraci	22.812
..... Floresta Azul	10.489
..... Gongogi	6.581
..... Ibicaraí	24.989
..... Ibirapitanga	24.052
..... Itabuna	212.245
..... Itaju do Colônia	7.794
..... Itajuípe	20.695
..... Itapé	11.013
..... Itapitanga	10.385
..... Jussari	6.980
..... Maraú	17.386
..... Pau Brasil	12.418
..... Santa Cruz da Vitória	6.502
..... São José da Vitória	6.270
..... Ubaitaba	20.678
..... Ubatã	25.952
29093 Jequié	522.366
..... Aiquara	5.361
..... Apuarema	7.601
..... Barra do Rocha	6.071
..... Brejões	12.726
..... Cravolândia	5.651
..... Dário Meira	12.611
..... Ibirataia	24.582
..... Ipiaú	43.749
..... Irajuba	7.550
..... Iramaia	15.291
..... Itagi	14.217

..... Itagibá	16.659
..... Itamari	8.747
..... Itaquara	7.761
..... Itiruçu	16.538
..... Jaguaquara	48.097
..... Jequié	150.351
..... Jitaúna	16.816
..... Lafaiete Coutinho	3.561
..... Lajedo do Tabocal	8.923
..... Manoel Vitorino	14.389
..... Maracás	35.617
..... Milagres	12.100
..... Nova Itarana	7.762
..... Planaltino	8.802
..... Santa Inês	10.833
29094 Valença	290.725
..... Cairu	14.438
..... Camamu	32.981
..... Gandu	31.410
..... Igrapiúna	13.436
..... Ituberá	24.185
..... Nilo Peçanha	13.092
..... Nova Ibiá	7.047
..... Piraí do Norte	8.975
..... Taperoá	19.081
..... Teolândia	12.798
..... Valença	88.542
..... Wenceslau Guimarães	24.740
Total	1.714.477

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2008 a microrregião de Jequié é a segunda mais populosa, com aproximadamente 522.366 habitantes, mas é importante salientar que além dos 26 municípios da microrregião existe Programação Pactuada e Integrada para os municípios de Contendas do Sincorá, Mirante e Nova Itarana além de outros que encaminham pacientes para Jequié independente de pactuação ampliando para mais de 600.000 habitantes sob a responsabilidade do HGPV, Já a macrorregião Sul está estimada em 1.714.477 habitantes.

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Bahia
 Internações por Complexidade e Especialidade
 Município: Jequié
 Período:Jan-
 Jul/2008

Complexidade	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Média complexidade	1250	1205	4624	89	720	7888
Alta complexidade	0	0	14	0	0	14
Total	1250	1205	4638	89	720	7902

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Bahia
 Internações por Complexidade e Especialidade
 Município: Jequié
 Regime: Público
 Período:Jan-
 Jul/2008

Complexidade	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Média complexidade	208	1186	747	89	173	2403
Alta complexidade	0	0	9	0	0	9
Total	208	1186	756	89	173	2412

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Comparando as duas tabelas acima se observa que não são realizados procedimentos de alta complexidade na área cirúrgica na cidade de Jequié de acordo com informações do período de janeiro a julho de 2008. Quanto à procedimentos de alta complexidade na especialidade de Clínica Médica o quantitativo é muito pequeno, não obstante concentrar no regime público.

Nas tabelas seguintes serão observadas informações da Macrorregião Sul, observando o comparativo dos dois regimes, público e privado.

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Bahia
 Internações por Complexidade e Especialidade
 Macrorreg de Saúde: Sul
 Regime: Público
 Período:Jan-
 Jul/2008

Complexidade	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pneumologia sanitária (tisiologia)	Pediatria	Total
Média complexidade	4008	2817	10208	313	35	2762	20143
Alta complexidade	16	0	130	0	0	0	146
Total	4024	2817	10338	313	35	2762	20289

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Bahia
 Internações por Complexidade e Especialidade
 Macrorreg de Saúde: Sul
 Regime: Privado
 Período:Jan-
 Jul/2008

Complexidade	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Média complexidade	9803	9763	18473	893	5988	44920
Alta complexidade	191	0	59	0	3	253
Total	9994	9763	18532	893	5991	45173

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No período analisado de sete meses nota-se que os serviços implantados na Macrorregião Sul que realizam internações de alta complexidade na especialidade cirúrgica são essencialmente privados (Conveniados ao SUS), somente 7,7% das internações ocorreram em Serviços do regime público. A Macrorregião Leste onde se localiza a capital do Estado (Salvador) realizou-se 5.416 internações cirúrgicas de alta complexidade no mesmo período das quais 1.248 ocorreram em Serviços de regime público, correspondendo a 23%, mas o que se pretende essencialmente analisar no confronto dessas informações não é o regime, mas onde e como estão distribuídos os serviços de alta complexidade na Macrorregião Sul e no estado.

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - Bahia
 Internações por Macrorreg/Municip e Mês competência
 Especialidade: Clínica cirúrgica
 Complexidade: Alta complexidade
 Rubrica FAEC: 40019-Cirurgia do sistema nervoso central e perif
 Período:Jan-Jul/2008

Macrorreg/Municip	Abr	Mai	Jun	Total
2904 Leste	2	8	5	15
.... Salvador	2	8	5	15
Total	2	8	5	15

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na tabela acima se verifica que somente o município de Salvador internou em Alta Complexidade para realização de Cirurgia do Sistema Nervoso Central e Periférico no período analisado de acordo com as informações do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS/MS, salientando que as 15 internações foram em Serviços de regime privado.

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Bahia
 Internações por Macrorreg de Saúde e Mês competência
 Especialidade: Clínica cirúrgica
 Complexidade: Alta
 complexidade
 Período:Jan-Jul/2008

Macrorreg de Saúde	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Total
2901 Centro-Leste	2	2	0	2	2	1	1	10
2902 Centro-Norte	0	1	0	0	2	1	1	5
2903 Extremo Sul	4	6	4	5	6	10	4	39
2904 Leste	582	751	955	1045	1080	1002	1	5416
2905 Nordeste	0	0	0	1	0	1	1	3
2906 Norte	0	1	3	0	2	2	0	8
2907 Oeste	1	1	0	1	0	0	0	3
2908 Sudoeste	1	1	1	3	4	3	5	18
2909 Sul	7	18	37	36	31	47	31	207
Total	597	781	1000	1093	1127	1067	44	5709

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Esta tabela mostra o mapa macrorregional das internações de alta complexidade na especialidade cirúrgica no período de janeiro a julho de 2008, com imensa concentração na macrorregião Leste, 94,9%, justificando assim todo o empenho para a consolidação do novo desenho das redes de serviços de alta complexidade da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia para a descentralização e regionalização, atendendo assim as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10
(por local de residência) Jequié

2006

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27,6	41,1	22,1	16,7	8,1	8,9	9,8	9,8	10,0	12,7
II. Neoplasias (tumores)	0,3	0,3	0,3	0,9	0,5	3,5	3,6	4,4	4,4	2,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	0,9	0,5	-	-	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,9	2,7	1,0	0,6	0,1	1,8	6,4	7,0	7,1	3,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0,3	1,1	2,2	0,5	0,1	0,1	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	0,3	0,8	1,8	0,9	0,7	3,5	7,5	5,2	5,9	3,6
VII. Doenças do olho e anexos	-	0,5	0,8	-	0,2	0,2	0,6	0,7	0,8	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	0,2	0,8	2,3	1,5	7,8	21,0	26,6	25,6	11,0
X. Doenças do aparelho respiratório	26,6	42,8	26,5	14,7	9,4	8,8	14,0	19,5	18,2	15,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,3	2,1	6,5	8,2	4,9	9,6	11,6	8,0	8,8	8,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,3	0,5	1,0	2,1	0,8	1,1	1,9	1,3	1,2	1,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	2,3	3,8	5,1	8,1	10,5	5,7	6,3	6,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,8	0,9	4,4	3,8	3,6	7,4	4,8	4,6	4,4	5,4
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	10,9	52,3	26,6	0,2	-	-	16,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	34,4	0,2	-	-	-	-	-	-	-	1,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,0	2,6	3,4	2,9	-	0,2	0,2	0,1	0,1	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,3	-	-	-	0,1	0,6	1,1	1,4	1,4	0,6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2,3	4,7	26,2	29,6	10,7	8,6	5,9	5,5	5,5	8,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	2,3	2,1	1,1	0,8	0,4	0,1	0,1	0,7
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

Comparando os dois quadros anteriores observa-se um elevado percentual de internações por doenças do sistema nervoso (6,6%) em relação à média percentual do estado da Bahia (1,1%), assim como as do aparelho circulatório 11% em Jequié contra 7,8% na Bahia, causa que prescindindo também da intervenção do foro neurológico ou neurocirúrgico.

**Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade
(por local de internação) Bahia
2006**

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	231.146	25,9	152.221.724,90	37,5	658,55	3,2	2.967	1,3
Obstetrícia	225.741	25,3	82.356.216,65	20,3	364,83	2,0	59	0,0
Clínica médica	275.707	30,9	94.358.443,04	23,2	342,24	4,6	12.932	4,7
Cuidados prolongados (Crônicos)	1.442	0,2	7.425.040,62	1,8	5.149,13	85,9	284	19,7
Psiquiatria	9.144	1,0	12.861.140,78	3,2	1.406,51	47,1	25	0,3
Tisiologia	1.166	0,1	1.046.404,20	0,3	897,43	26,3	126	10,8
Pediatria	146.760	16,4	53.699.661,19	13,2	365,90	4,1	2.027	1,4
Reabilitação	1.967	0,2	2.086.856,45	0,5	1.060,93	24,0	24	1,2
Psiquiatria - hospital dia	387	0,0	269.343,74	0,1	695,98	28,2	-	-
Total	893.460	100,0	406.324.831,57	100,0	454,78	4,1	18.444	2,1

Fonte: SIH/SUS

**Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade
(por local de internação) Jequié
2006**

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	2.369	18,6	895.183,81	21,7	377,87	2,5	16	0,7
Obstetrícia	2.240	17,5	719.390,20	17,4	321,16	3,0	4	0,2
Clínica médica	7.006	54,9	2.178.108,87	52,8	310,89	4,1	178	2,5
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	235	1,8	43.502,22	1,1	185,12	5,6	-	-
Tisiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria	917	7,2	290.722,83	7,0	317,04	5,4	22	2,4
Reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria - hospital dia	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12.767	100,0	4.126.907,93	100,0	323,25	3,7	220	1,7

Fonte: SIH/SUS

Nas tabelas que antecedem é importante observar e comparar o perfil de internações hospitalares da cidade de Jequié em relação ao Estado. Em Jequié é predominante as internações da especialidade de clínica médica, ultrapassando 54% e com uma mortalidade hospitalar abaixo da média estadual. Quanto à média de permanência está dentro do que se espera baseado na portaria 1.101/02 do Ministério da Saúde.

Indicadores do Hospital Geral Prado Valadares referente ao mês de setembro de 2008.

Sigla	CENSO HOSPITALAR	Indicadores																		
		Leitos instalados	Leitos operacionais	Média de permanência	% ocupação	Taxa de mortalidade institucional	Taxa de mortalidade geral	Internações	Entradas por transferências (Int)	Entradas por transferências (Ext)	Total entradas	Altas	Obitos < 24 horas	Obitos > 24 horas	Total obitos	Saídas por transferências	Total saídas	Índice de rotatividade	Pacientes-dia	Leito-dia
CMM	CLÍNICA MÉDICA MASC	17	16,5	10,3	98,6	10,2	14,3	44	6	0	50	41	2	5	7	1	49	2,98	503	510
CMF	CLÍNICA MÉDICA FEM	14	13,5	13,1	93,6	10,0	10,0	29	1	0	30	24	0	3	3	3	30	2,21	393	420
CCM	CLÍNICA CIRÚRGICA MASC	22	21,3	5,8	75,8	2,3	2,3	73	4	0	77	77	0	2	2	7	86	4,04	500	660
CCF	CLÍNICA CIRÚRGICA FEM	14	13,5	5,8	58,1	0,0	2,4	37	3	0	40	36	1	0	1	5	42	3,11	243	418
PED	CLÍNICA PEDIÁTRICA	18	17,4	6,6	59,1	2,1	2,1	45	3	0	48	45	0	1	1	2	48	2,76	319	540
PP	CLÍNICA OBSTÉTRICA PRÉ-PARTO	###	0	####	####	#####	#####	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	###	0	0
PUER	CLÍNICA OBSTÉTRICA PUERPÉRIO	35	33,9	3,5	95,1	0,0	0,0	292	0	0	292	287	0	0	0	0	287	8,47	999	1050
PSIQ	CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	23	22,3	5,4	31,4	0,0	0,0	35	2	0	37	38	0	0	0	2	40	1,80	217	690
BERC	BERCÁRIO	17	15,5	14,9	68,1	4,5	9,1	9	2	9	20	19	1	1	2	1	22	1,42	327	480
UTI	UTI	10	9,52	10,0	84,7	36,0	36,0	15	7	0	22	7	0	9	9	9	25	2,63	250	295
PSA	PRONTO SOCORRO ADULTO	###	0	####	####	#####	#####	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	###	0	0
PSP	PRONTO SOCORRO PEDIATRIA	###	0	####	####	#####	#####	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	###	0	0

Fonte: SAME/HGPV

Neste quadro é interessante observar o número de saídas por transferências das quais o maior percentual é relacionado a patologias do foro neurocirúrgico ou de avaliação dessa especialidade, a qual até então não existe na Unidade.

OBJETIVO GERAL

Implantar no Hospital Geral Prado Valadares o Serviço de referência em Neurocirurgia/Neurociências para o pólo microrregional de Jequié

Capacitação:

- ✓ Implantar Serviço de Tomografia Computadorizada intra-hospitalar;
- ✓ Equipar em uma primeira fase o Serviço de Neurocirurgia para realização dos procedimentos de Urgência/Emergência;
- ✓ Capacitar os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes;
- ✓ Promover intercâmbio para qualificação profissional envolvendo o HGPV, SESAB, Universidades e outros Países;
- ✓ Implantar o Protocolo de Manchester;
- ✓ Redefinir o perfil dos profissionais da Urgência e Emergência;
- ✓ Adequar estrutura física das Unidades de Urgência e Emergência;
- ✓ Equipar em uma segunda fase o Serviço de Neurocirurgia para realização dos procedimentos eletivos;
- ✓ Desenvolver atividades assistenciais voltadas para o ensino e a pesquisa em neurociências;
- ✓ Promover a criação de Internatos Acadêmicos Médicos e de Enfermagem

METAS

1. Adquirir mesa de tração com arco cirúrgico para procedimentos de ortopedia, traumatologia e neurocirúrgicos até Novembro de 2009;
2. Adquirir Tomógrafo Computadorizado até Junho de 2010;
3. Instalar Tomógrafo intra-hospitalar até Junho de 2010;
4. Adquirir instrumentais e equipamentos neurocirúrgicos para procedimentos de Urgência/Emergência de acordo com as especificações constantes deste projeto até Dezembro de 2009;
5. Capacitar todos os profissionais das Unidades de Urgência e Emergência do HGPV para assistência eficaz ao paciente até Março de 2010;
6. Capacitar 100% dos profissionais de saúde que atuam na unidade de Urgência e Emergência do HGPV no contexto do protocolo de Manchester até junho de 2010;
7. Inserir novos profissionais com perfil adequado às necessidades assistenciais nas Unidades de Urgência e Emergência do HGPV para suprir déficit até Março de 2010;
8. Ampliar, Reformar e Readequar a estrutura física da Unidade de Urgência/Emergência do HGPV de forma a atender aos requisitos do QualiSUS e Protocolo de Manchester até Junho de 2010;
9. Construir novo Bloco Cirúrgico com 6 salas cirúrgicas, Central de Material Esterilizado, sala de Reanimação Pós-Anestésica, Enfermarias Cirúrgicas e nova UTI Adulto até Agosto de 2011;
10. Desenvolver atividades assistenciais, de ensino e pesquisa na área de neurociência a partir de Janeiro de 2010;
11. Promover intercâmbio entre o HGPV, SESAB e Universidades e outros países, visando melhoria da assistência aos pacientes neurológicos assistidos no HGPV em Jequié a partir de Abril de 2010;
12. Criar um programa de internato médico e de enfermagem para atendimento aos pacientes neurocirúrgicos a partir de Janeiro de 2010;

13. Continuar realizando ações de educação permanente para profissionais da unidade de urgência e emergência do HGPV inserindo os profissionais do SAMU a partir de Janeiro de 2010;
14. Adquirir instrumentais e equipamentos neurocirúrgicos para procedimentos eletivos de acordo com as especificações constantes deste projeto até Junho de 2010;

METODOLOGIA

Da concepção das idéias, passando pelo pré-projeto até os momentos atuais.

Visto a distância, dificuldades de comunicação, fatores estes que no início poderiam ser adversidades, acabaram por “forçar” discussões desenvolvidas de uma forma tranquila, pormenorizada, não dando vazão a tomada de posições imaturas e precipitadas.

Verificou-se no decorrer das discussões, culminando com a visita do Neurocirurgião, responsável técnico pelo projeto, naquela altura ainda a desenvolver seu trabalho assistencial em Portugal (Dr. José Francisco Schulte Ulguim), ao HGPV em Setembro de 2008, que uma série de ações precisaria ser realizada para ter-se a possibilidade de desenvolver e implementar este projeto, sob o risco de naufragarmos pela imaturidade, falta de apoio técnico-pessoal e estruturas básicas deficientes.

Conclui-se que a implantação desta especialidade no Hospital Geral Prado Valadares, trará não apenas qualificação técnica, melhoria no atendimento a população, bem como forçar uma reestruturação em vários níveis no Hospital.

Fará com que a comunidade hospitalar como um todo tenha uma melhoria de forma global, algumas bastante específicas, como em determinadas áreas, nomeadamente Urgência, Neurologia, Bioimagem, Bloco Cirúrgico e UTI.

Forçará a inserção de uma série de especialidades, gerando emprego e trazendo profissionais para serem agregadores de valor e dissipar conhecimentos. Ou seja, a implantação deste Serviço trará qualificações e qualidades antes não experimentadas no referido hospital.

Irá trazer no arcabouço de sua criação exigências de modificação nas atitudes, conhecimento técnico e porque não dizer, culturais dos vários profissionais envolvidos.

Isto se fará necessário desde o pré-atendimento hospitalar inicial, até cuidados especializados como na UTI e enfermaria, trará no seu bojo novas necessidades investigativas diagnósticas, acarretando melhorias a sua população alvo.

Desenvolvendo o projeto

O desenvolvimento deste projeto deu-se, obrigatoriamente, em várias fases.

Apresentou-se com metas e objetivos bem definidos. O “tempo” de sua implementação dependeu e ainda dependerá não só dos esforços do seu capacitador técnico como da comunidade hospitalar como um todo, mas sem dúvida, verificamos uma dependência na sua quase totalidade do apoio estatal responsável.

(1ª) Primeira fase: Tem como princípio albergar duas vertentes de extrema importância, nomeadamente a **reestruturação da Urgência do HGPV**, sua total **integração com o serviço pré hospitalar (SAMU)** para desta forma propiciar a melhoria assistencial de forma integral ao doente, partindo-se do pressuposto de que após seu atendimento no âmbito hospital emergêncial, terá o destino correto após investigação diagnóstica concluída, no que tange um atendimento nesta zona hospitalar para posterior resolução terapêutica adequada e possível.

O processo educacional da comunidade hospitalar ou não, de forma geral, faz-se de vital importância, pois sabemos que pelo menos em relação as patologias traumáticas, a prevenção é ainda fator fundamental na modificação de hábitos pouco “*canônicos*”.

A segunda fase, refere-se a estruturação hospitalar como um todo, nomeadamente, Enfermaria, tendo sido solicitado local próprio, este com adequação para os doentes neurológicos/ neurocirúrgicos, organização do bloco operatório, desde instrumental, passando pela formação de equipe anestésica e de enfermagem para trabalhar com esta especialidade, até meios diagnósticos de vital importância que constem de forma intra-hospitalar.

Quando falamos em tratamento neurocirúrgico, deve-se ter atenção não só a qualidade do atendimento multidisciplinar, como também, em relação ao tempo despendido no mesmo.

Sabe-se que o tempo é muitas vezes determinante nos resultados obtidos, isto já preparando o futuro enfoque das “linhas verdes” a serem implantadas, referindo-se primeiramente a “**LV do AVE**”. Em momento oportuno, mais adiante, será abordado de forma pormenorizada.

A total reorganização do Serviço de Urgência do HGPV, faz-se necessária para que contemple uma nova estrutura de trabalho, deste a parte física, que sabemos nós deixa em muito a desejar, até a implementação de uma nova filosofia de trabalho perante todos os profissionais de saúde que neste setor desempenham suas funções.

Devemos propiciar, incentivar a formação contínua dos médicos e enfermeiros, tornando atrativo este serviço (Urgência/Emergência) para que possam dar uma resposta assistencial técnica de qualidade. Acreditamos que com isto os mesmos sentir-se-ão inseridos no contexto de sua atividade, preparados para o atendimento dos doentes na mais vasta gama de patologias e assim poderão solicitar as consultorias de diversas especialidades conforme a ocasião de forma correta e com senso de qualidade que a medicina moderna deve ser executada.

Acreditamos que a sua realização, aprimoramento continuado, deve ser posto já nos acordos contratuais como um pré-requisito para a manutenção do seu emprego.

Reorganizada a forma de trabalho, colocando profissionais capacitados, para cada função teremos melhores resultados, isto em complemento ao trabalho pré-hospitalar.

Existirá uma nova filosofia de trabalho, fazendo com que os pacientes neurocirúrgicos e não somente estes, recebam atendimento adequado e criterioso, em todas as fases do seu atendimento, seguindo padrões internacionais de qualidade, configurando-se a uma nova dinâmica de trabalho e exigência de conhecimento técnico.

Observa-se que será de fundamental importância discutir profundamente o atendimento pré-hospitalar, realizado pelo SAMU, bem como ater-se a formação de um programa formativo aos profissionais diretamente ligados a atendimento dos doentes neurocirúrgicos, formação esta já iniciada tanto em âmbito interno no Serviço de Neurociências, com seus quatro integrantes como para a comunidade médica do Serviço de Urgência deste hospital.

Nomeadamente em relação a este setor, serão implantadas alterações na dinâmica de atendimento, de acordo com o que está proposto por este projeto, tem como premissa ser um agregador de valor técnico.

Triagem de Manchester, protocolo de nacionalidade Britânica, utilizado em várias partes do globo, por países mais adiantados que o Brasil. O **Grupo Português de Triagem (GPT)**, que

após alguns anos de trabalho, na década de 90, realizou a adaptação à língua e medicina portuguesa.

O Neurocirurgião responsável por este projeto, tem alguns anos de experiência no citado Protocolo, tendo do mesmo ótima referência, acreditando que será de fundamental importância sua implementação no HGPV, bem como a adequação da dinâmica de atendimento e área física deste hospital.

Infelizmente constatou ao retornar ao Brasil que o Ministério da Saúde Brasileiro, fez uma “adequação” ao mesmo, criando algo “semelhante” como a “Classificação de Risco” que ao nosso entender subverte preceitos básicos do protocolo original, não cumpre a função de forma adequada, nem com a mesma qualificação. Nossa crítica é totalmente desfavorável a atuação do referido ministério no que tange esta matéria.

Observa-se que a atual classificação, “brasileira” preconiza a diretriz de atendimento por diagnóstico, vejamos que a quem compete realizar o mesmo são os profissionais de enfermagem, será que os mesmos estão plenamente capacitados a tal?

Segundo aspecto, podemos notar uma duplicidade de diagnósticos, em áreas distintas, como pode o mesmo diagnóstico, por queixas diferentes, e este ainda ser interpretado, não existe outro termo, visto que o doente não foi ainda devidamente avaliado e investigado por um médico responsável para tal, ter sua diretriz afiançada de forma correta, ética, sob preceitos de uma medicina baseada na boa prática e científica.

O PM, faz-se não por “diagnósticos”, pois este tem uma processo de elaboração dispendioso, técnico, devendo ser realizado por médicos, após os ditames básicos da anamnese, exame físico, estudo complementar e elaboração de hipóteses diagnósticas, para ai então, definir-se linhas terapêuticas que podem ser uni ou multi disciplinares.

Sabendo-se que a Triagem de Manchester já está desenvolvido pelo Ministério da Saúde, estando em fase de apreciação na SESAB, esperamos que o mais breve possível ocorra sua total implementação no Território Nacional, em especial no Estado da Bahia.

Foi sugerido primeiramente a implementação no HGPV de um sistema informático para padronização da informação, este nomeadamente, ALERT r. A SESAB acabou por desenvolver um programa semelhante, de sua autoria, que esta em fase de implementação

no HGPV, deste, o Serviço de neurociências foi o primeiro a ser cadastrado, receber processo formativo e colaborar com críticas positivas para obter-se melhores resultados.

A Triagem de Manchester, bem como o sistema informático serão ajuda imprescindível no item **organização**.

A dinâmica de atendimento será desenvolvida da seguinte forma: Seguindo a T. de Manchester, os doentes são classificados segundo risco/gravidade, sendo esta classificação representada por “cores”.

Isto por sua vez traduz um maior ou menor grau de gravidade e, por conseguinte necessidade de maior ou menor brevidade para o seu atendimento.

A título de exemplo, serão postas duas situações, relacionadas ao atendimento de emergência, seguindo a citada Triagem.

Os pacientes (neurocirúrgicos, traumáticos ou não) a serem classificados, o serão por enfermeiros previamente capacitados para executarem a citada triagem. Para os pacientes não classificados como emergentes, deverão ser avaliados primeiramente pelo médico lotado na área “Amarela” (caso não seja patologia traumática) ou na sala de “Pequena Cirurgia” (caso seja patologia traumática), já sendo este o início da implantação do Protocolo de Atendimento Neurocirúrgico na Urgência do HGPV.

Apresentando patologia do foro não traumático, e com ECG maior que 8, será avaliado primeiramente na área “Laranja”, sendo aí investigado, do ponto de vista clínico-imagiológico, confirmando-se patologia deste foro, será chamada a Neurocirurgia para pronunciar-se e tomar as devidas resoluções.

Para “Zona Cirúrgica”, também a semelhança do que foi relatado, após avaliação inicial, em doentes traumatizados, confirmando-se patologia do foro Neurocirúrgico, também irá solicitar opinião do foro Neurocirúrgico após estudo clínico-imagiológico, despiste de outras lesões e estabilização do doente.

Sabe-se que nos doentes PLT, estes vem a sucumbir primeiramente por lesões tóraco-abdominais do que em relação à patologia do foro Neurocirúrgico por exemplo.

Após determinações pela Neurocirurgia, os doentes serão tratados de forma invasiva ou não, podendo seguir destinos diversos, conforme melhor orientação.

Na “Zona Laranja, ou Unidade de Curta Permanência” os doentes podem permanecer até 24h, em “OBS ou Unidade de Cuidados Intermediários”, absorvem doentes que necessitem de cuidados em várias especialidades, sendo coordenado por colega Internista, tendo “alta” para algum destino adequado, somente após sua estabilização.

Semelhante ao exposto é sugerido às outras especialidades a mesma rotina.

Chama-se atenção que quando se refere ao “atendimento de urgência”, não está apenas a referir à sala de emergência (vermelha), mas sim como um todo, ou seja, a preparação também dos profissionais e condições técnicas de médicos e enfermeiros que prestarão cuidados nos diversos setores em que estes doentes estarão sob cuidados.

(2ª) Segunda fase: Após a implementação da fase anterior, deve-se preparar para receber os pacientes com patologia diversa do foro Neurocirúrgico, ou seja, podem-se dar cuidados para além dos doentes que derem entrada via Urgência.

É de interesse do projeto em tese o tratamento, investigação e acompanhamento de doentes com patologias para além dos encontrados na Urgência, principalmente se for oncológico.

Deverá ocorrer, portanto, formação da estrutura (pessoal e física) para o seguimento dos doentes bem como preparação do bloco operatório para cirurgias mais diferenciadas (Microscópio Cirúrgico, Cusa, Instrumental, etc.). Para estes pacientes a porta de entrada será o Ambulatório, a qual será estruturada em área física e organizacional destinada a este fim.

A locação dos doentes do foro específico Neurocirúrgico, em área específica, para além de atitudes, em conjunto com a Neurologia, será o primeiro passo para a formação do que chamamos de **Serviço de Neurociência/HGPV**. Deverá este contar com espaço físico próprio, corpo de enfermagem próprio e especializado.

Tem-se a ideia de trabalhar com acadêmicos de medicina e enfermagem no sentido de formar futuros profissionais com perfil específico, isto se dará através dos internatos para acadêmicos das respectivas áreas de atuação. Criando desta forma “o embrião” do que futuramente poderá ser um “Serviço de Residência Médica” nas áreas de Neurologia e Neurocirurgia, bem como local de formação e especialização para os profissionais de enfermagem.

Trará qualidades por realizar-se um atendimento integral com os profissionais médicos da Neurologia, favorecendo as duas especialidades, distintas, mas interdependentes. Quiçá um dia possa ter no quadro clínico do HGPV um profissional especializado em Neuroradiologia.

(3ª) Terceira fase: Após ocorrer a estruturação do atendimento Pré-hospitalar, Emergência, Urgência, Enfermaria, Ambulatório e Bloco Operatório, passa-se ao desenvolvimento de um projeto ainda mais ambicioso, Investigação (Stroke, Trabalho com Células Tronco, Doutorado).

A ideia inicial refere-se à implantação da “Via Verde do AVE”, com preparação para o atendimento pré-hospitalar a doentes com suspeita deste diagnóstico, realização de trombolíticos e acompanhamento em Unidade específica (Stroke).

Associado a esta atividade, será desenvolvido em conjunto com a realização de Doutorado do Neurocirurgião deste Serviço (Dr. José Francisco Schulte), orientado pelo Dr. Jaderson Costa da Costa, Prof. da PUC/POA RGS, no sentido de desenvolver pesquisa nesta área, trazendo por conseguinte tratamento de ponta para Jequié. Primeiramente o tratamento com células tronco será realizado em doentes que tenham sido vítimas de AVE, em protocolo a ser instituído, sendo possível reportar a outras situações.

O Serviço de Neurocirurgia/Neurociências do HGPV

Tenta-se desta forma fazer entender que a estruturação do Serviço de Neurocirurgia/Neurociência do HGPV será realizada de forma escalonada, estudada, planejada, a fim de obter, independente do tempo a concretização de algo que se acredita ser o mais próximo possível do ideal.

Poderá tornar-se não só exemplo para reestruturação de outras especialidades dentro do HGPV, como para outros hospitais no estado da Bahia, quiçá para o Brasil.

Como já foi descrito, sabe-se que as necessidades, oriundas para o desenvolvimento pleno, da atuação Neurocirúrgica no HGPV, são enormes e estruturalmente difíceis, mas factíveis, sem reestruturação, reorganização, este projeto estaria fadado ao fracasso.

Primeiramente foi descrito modificações profundas no setor do Serviço de Urgência; teremos de ter uma grande modificação no atendimento, elaboração e implantação de protocolos, qualificação de pessoal médico, de enfermagem, bem como alteração em vários aspectos do “*modus operandi*”.

Outro aspecto essencial será a qualificação no atendimento, sendo necessária, não apenas para o serviço em questão, mas para várias especialidades, como Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, a aquisição de um tomógrafo de qualidade. A utilização deste equipamento fará com que ocorra, naturalmente, necessidade de melhor formação/atuação profissional, melhor e integrada investigação dos doentes em todos os níveis de atendimento no HGPV.

Sabendo da alta demanda de doentes politraumatizados, tem-se por experiência o conhecimento para implantar um protocolo para o atendimento do TCE. Este trará dinâmica, organização e, por conseguinte, melhor atendimento ao doente PLT com TCE.

A requalificação dos profissionais seguindo o ideal de formação de equipes nas áreas mais sensíveis e priorizando o atendimento emergencial é outro aspecto fundamental nesta reestruturação.

Calculando que tenha sido empreendida uma nova forma de atendimento nas urgências, referindo-se a Triagem de Manchester, e levando-se em conta a necessária e breve

“reforma” na estrutura física do HGPV, levará à imediata adequação desta à nova dinâmica de atendimento, o que do ponto de vista Neurocirúrgico é essencial, por ser necessário, mais inteligente, criterioso, obtendo-se desta forma melhores resultados clínicos e investigativos.

Próximo passo, o Internamento. Após ser atendido, diagnosticado sua patologia, tem de ter obrigatoriamente uma sequenciação no seu atendimento, no Bloco operatório, na Unidade de Tratamento Intensivo ou na enfermaria, isto ocorre de forma dinâmica.

Não cabe aqui tecer comentário de como deverá ser a assistência na referida unidade (enfermaria), mas como será essencial, deve-se tecer os devidos comentários a respeito da enfermaria:

O trabalho deverá ser desenvolvido de forma conjunta com os profissionais médicos de Neurologia; deverá contar com local físico determinado, gerido de forma autônoma no que tange a parte técnica, seguindo obviamente as regras da comunidade hospitalar.

No decorrer dos anos em que este projeto estiver em “construção”, deverá ocorrer naturalmente um acréscimo de profissionais da área neurocirúrgica, no sentido de formar um grupo capaz de atuar nas subespecialidades neurocirúrgicas, a saber: Vascular, Tumoral, Coluna, Pediátrica e por fim Funcional.

As áreas de eleição que se pretende desenvolver são: Neuroncologia Cirúrgica, “Stroke” e Funcional.

Terá de estudar-se se a melhor forma de organizar os diversos “Serviços de Neurocirurgia” existentes atualmente, nesta região da Bahia, a fim de termos serviços com as diversas sub especialidades, ou cidades diferentes com especialidades Neurocirúrgicas diferentes (?).

Dinâmica dos Setores de atendimento

Em tempo oportuno irá merecer também atenção determinados trabalhos a serem desenvolvidos em outras áreas fundamentais para desenvolvimento pleno do projeto, nomeadamente - Enfermaria, Ambulatório e o setor mais sensível de todos: o Bloco operatório.

Ambulatório: Para além dos doentes que venham a procurar auxílio na Urgência, dar-se-á atenção aos pacientes, que venham solicitar consulta no HGPV ou que venham a ser encaminhados/referenciados. No entendimento que se tem este setor terá fundamental importância, visto dar vazão a demanda reprimida da Microrregião de Jequié.

Através desta via tem-se a oportunidade de realizar a investigação dos pacientes que venham a necessitar de tratamento do foro Neurocirúrgico eletivo, realizando investigação, consultoria a outros colegas e resolução de problemas que não tenham indicação para tratamento mais emergencial, como ocorre que venham a adentrar no sistema via Urgência.

Seria dispensado ao público em geral, dois períodos de consultas em ambulatório, sendo consultados 10 doentes a cada período. Os doentes já viriam encaminhados por outros profissionais da área neurológica, triados, com exames imagiológicos básicos (Rx, TAC, ANÁLISES), o que acabaria por proporcionar uma melhor dinâmica e rapidez na resolução dos problemas.

Seriam realizadas 4 “novas consultas” e 6 de “retorno” a cada período de consulta, ou conforme orientação médica. Executadas em dois dias na semana, em um período estimado de 4h cada dia.

Os doentes encaminhados por Neurologia teriam a óbvia prioridade. Acredita-se que este sistema deveria ser implantado para todas as especialidades, que dispõem o HGPV, deixando para o Município o atendimento de Clínica Geral, atendimento primário e investigação inicial dos doentes que posteriormente iriam referenciar ao Ambulatório de Especialidades do Prado Valadares, prerrogativa essencial e exigida em Hospital de ensino, ao que se propõe este Hospital num futuro breve com a implantação do Curso de medicina na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Bloco Cirúrgico: Neste item refere-se exclusivamente a preparação para realização do tratamento eletivo dos pacientes que venham a necessitar de tratamento invasivo. Deve-se observar ser impensável nos dias de hoje ter uma sala de Neurocirurgia a funcionar sem equipamentos adequados.

Em relação a isto foi discutido observando diversos fatores, os que seriam necessários para dar início e continuidade ao trabalho proposto. Passa-se informação sobre material necessário “de ponta” tecnológica, de forma isenta, a qual será apresentada como anexo a este pré-projeto.

De forma genérica, cita-se: Instrumental cirúrgico, Microscópio, Aspirador Ultrassônico (CUSA), entre outros.

As cirurgias de urgência serão realizadas conforme a necessidade, sendo estas prioritárias. As cirurgias eletivas, serão adequadamente marcadas conforme indicação médica, disponibilidade de material, preparo do paciente, condições técnicas e capacidade absorviva pela estrutura física do bloco operatório, sem que em momento algum possa ser colocado em risco a sua execução por falta de plena segurança e eficiência técnica.

“Outro aspecto importante a se considerar, será, no decorrer do trabalho, dar formação a uma equipe fixa de trabalho, enfermeiros. Estes vão participar das cirurgias eletivas e de urgência, levando em conta a curva de aprendizagem, melhor capacitação técnica, é importante a pouca variação de profissionais envolvidos nesta atividade”, conforme sugestão do Neurocirurgião José Francisco Schulte.

Enfermaria: Após a devida estabilização nos setores da Urgência/UTI, ou por indicação médica para os pacientes provenientes do Ambulatório, serão internados na Enfermaria do referido serviço.

O trabalho com equipe “multidisciplinar” trará melhorias importantes à parte assistencial do Hospital. Este “intercâmbio” terá palco nos respectivos Serviços, que venham a ser organizados no Prado Valadares. Por este motivo será importante o trabalho em equipe, podendo-se contar com a Neurocirurgia para consultorias de rotina por parte das diversas

especialidades existentes no HGPV, bem como outras que têm a necessidade de contratação.

Acredita-se que, com o desenvolvimento do trabalho acabará por ocorrer importante modificação na mentalidade desta comunidade, pois estimulará o trabalho entre as várias especialidades, dando forma ao que deverá transformar-se num corpo clínico coeso e interdependente.

“Do ponto de vista Neurocirúrgico, e pela nossa experiência, afirmo que as especialidades mais importantes neste apoio serão Neurologia, Medicina Interna, Endocrinologia, Infectologia e Cardiologia”, diz o Neurocirurgião José Schulte.

Tem-se idéia de ter, a curto prazo, o citado serviço informatizado, com sistema que venha privilegiar os profissionais médicos e de enfermagem deste setor, propiciando uma melhor dinâmica no desenvolvimento do trabalho, bom como integração com o setor da Farmácia, para prescrições na forma mais moderna em “unidoses”.

Neste setor desenvolver-se-á uma parte fundamental do trabalho a ser implementado; faz-se aqui também necessário, pelo mesmo motivo da curva de aprendizagem, a fixação dos demais profissionais envolvidos.

Unidade de Stroke: Dentro de um cronograma “imaginário”, esta será a última parte a ser desenvolvida, pois vários determinantes já terão de estar resolvidos, assimilados e estudados nas diversas áreas, tanto intra-hospitalar como extra (SAMU).

Este setor estará na dependência direta do aprimoramento do atendimento técnico-científico dos diversos profissionais envolvidos no atendimento de urgência, internistas, etc.

Unidade especializada no tratamento clínico/cirúrgico de pacientes que tenham diagnóstico definitivo de AVC, sem necessidade de ventilação assistida ou complicações maiores em relação a esta.

Deverá ser formada uma equipe específica de internistas, com apoio dos médicos diretamente ligados ao Serviço de Neurociências, deverá ser um setor diretamente ligado ao Serviço de Neurociência e funcionará como uma Unidade de Cuidados Intermédios Continuados.

A população alvo, como já referido, será pacientes com patologia cérebro-vascular exclusivamente, isquêmico/hemorragico, que tenham entrado no protocolo a ser desenvolvido da “Via verde do AVC”, ou não.

Também aqueles que após tratamento específico com células tronco e estejam estáveis, não mais necessitando de cuidados específicos de intensivismo, para posterior transferência a Enfermaria.

Ampliando o escopo do projeto

No âmbito da Cirurgia Funcional será possível desenvolver algum trabalho na Capital do Estado, onde se sabe que está em fase de implementação da Cirurgia Funcional do Parkinson.

O profissional engajado neste projeto tem particular interesse nesta área, visto atualmente estar a trabalhar em uma equipe multidisciplinar, das doenças do movimento.

Colaborando em Salvador, este profissional poderá dar vazão a determinados conhecimentos adquiridos na Europa, bem como, estar integrado em uma equipe que desenvolve Neurocirurgia de ponta. A sua experiência dá-se nos procedimentos de neuroestimulação profunda dos núcleos subtalâmicos; não acredita tecnicamente na ablação. Sabe-se que pode colaborar de forma efetiva, bem como promover contatos privilegiados com profissionais médicos na Europa para colaborar no desenvolvimento desta atividade em Salvador.

ADEQUANDO À LEGISLAÇÃO

O presente pré-projeto está sendo estruturado de acordo com as exigências da Portaria Nº 756 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2005 (publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 30 de dezembro de 2005, Seção 1, página 186), desta forma foi realizada uma checagem do que o Hospital Geral Prado Valadares já contempla de acordo com o anexo III da referida portaria, sinalizando os pontos que necessitam de intervenção, muitos dos quais já apontados na discussão desse projeto.

Quanto à relação detalhada de instrumentais e equipamentos sem fugir do mínimo preconizado pela legislação será encaminhado posteriormente em anexo ao projeto propriamente dito.

CONCLUSÃO

Baseado na realidade em que está inserido o Hospital Geral Prado Valadares, sabe-se que, para atingir a plenitude deste projeto deverão ser realizadas profundas modificações estruturais, tanto do ponto de vista físico quanto da mentalidade vigente, com muito trabalho e dedicação.

Tem que obrigatoriamente observar a estrutura, meios diagnósticos, formação de profissionais colaboradores, entendimento político da saúde, situação econômica Estadual, Federal e Municipal, sendo que estes aspectos não são da competência direta deste projeto.

Devem-se observar também os tempos vindouros, as proposições e decisões aqui expostas não são alicerçadas apenas no presente momento, é importante modificar a mentalidade latina, no sentido de só avaliar o presente sem um plano factível para tempos futuros.

Nos últimos doze meses foi discutido diversos aspectos da implementação deste projeto, levando SEMPRE em consideração o rigor, corretez, transparência na sua execução, acreditando trazer inequivocamente melhoria como um todo, de forma global à comunidade hospitalar, e a comunidade usuária do Sistema Único de Saúde.

A Gestão do HGPV tem discutido com a comunidade hospitalar, com os Gestores do nível Central da SESAB e com o Neurocirurgião Dr. José Francisco Schulte acerca da importância de se preparar “alternativas” para não ocorrer futuramente o que muitas vezes vê-se na imprensa nacional sobre a situação caótica de alguns hospitais do SUS.

Não cabe fazer juízo de valor sobre este aspecto, mas sem dúvida, dentro da contextualização em que se pretende desenvolver o citado trabalho, este deve, obrigatoriamente, ser levado em conta.

Não se pretende de forma alguma, dar início a este, que pode ser considerado um “projeto de vida”, para vê-lo “perder-se” por decisões equivocadas futuramente.

O “**Serviço de Neurociência do HGPV**”, tem de ser criado de forma que jamais venha a dar vazão a continuísmos equivocados, entre outros fatores, um dos grandes responsáveis pela desorganização da distribuição dos serviços de especialidades, como ocorre atualmente no Brasil.

Este será criado para ser em primeiro lugar agregador de valor, ser um transformador de atitude, formador de opinião, formador médico. Deverá seguir sempre a premissa de atender o paciente, independente de classe social, raça, credo ou opinião política.