

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CATHIA REGINA ZUANAZZI

EXPANSÃO DO ATENDIMENTO DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA
ÀS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAIS MUNICIPAIS DE
CURITIBA

CURITIBA
2014

CATHIA REGINA ZUANAZZI

EXPANSÃO DO ATENDIMENTO DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA
ÀS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAIS MUNICIPAIS DE
CURITIBA

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Marcelo Campese

CURITIBA
2014

Dedico esse trabalho aos meus pais por terem sempre me ensinado que educação e conhecimento são os únicos bens que ninguém pode nos tomar.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que contribuíram ao longo deste curso para que o objetivo fosse alcançado.

Agradeço primeiramente à Universidade Federal do Paraná e a todos os professores e tutores envolvidos neste curso que me proporcionaram ampliar meus conhecimentos na área de gestão.

À toda equipe do Laboratório Municipal de Curitiba, em especial à coordenadora Tomoko Sasazawa Ito pela prestatividade e prontidão nas informações solicitadas. Aos meus colegas do setor Imunoquímica, à Viviane Fazzolari pelos conselhos e trocas de idéias. Ao meu orientador Marcelo Campese por me dar a direção e pela paciência. Aos meus colegas de trabalho e de curso a Kelis, Dani e Luiz Oractz pelas trocas de idéias e companheirismo durante essa caminhada.

Finalmente a minha família por sempre me apoiar em todas as minhas escolhas.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

RESUMO

O serviço de análises clínicas está inserido Sistema Único de Saúde, na integralidade do atendimento, tanto em atividades preventivas quanto nos serviços ambulatoriais. Contudo, críticas do sistema público de análises clínicas apontam uma situação onde se observa ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para usuários e demora na entrega de resultado. A Secretaria Municipal de Saúde Curitiba conseguiu organizar seu serviço de patologia clínica de forma efetiva, porém somente as unidades de atenção primária à saúde da rede municipal são atendidas pelo laboratório. Para Unidades de Pronto Atendimento e hospitais, este serviço é realizado por laboratório privado. Pretende-se trazer a proposta de ampliação do atendimento do laboratório municipal de forma que contemple integralmente a rede municipal de saúde, incluindo Unidades de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centro de especialidades e Hospitais municipais. Para a formulação dessa proposta, foi realizado o diagnóstico do atual serviço de análises clínicas da SMS. Através dele foi possível desenvolver estratégias para a implantação como estudo prévio do atual serviço e qual a necessidade das unidades que se deseja atender, ampliação da relação de exames ofertados, logística de transporte de amostras, análise de custo comparativa entre o prestador atual e o laboratório municipal com previsão do impacto financeiro que essa mudança trará, além de definir formas de avaliação e monitoramento de custos e qualidade do serviço prestado.

Palavras-chave: Laboratório Municipal de Curitiba, análises clínicas, ampliação de serviços, Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE SIGLAS

BHCG	– β -gonodotrofina coriônica humana
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CCAA	– Centro de Controle, Avaliação e Auditoria
CEMM	– Centro de Especialidades Médicas Matriz
CIS	– Centro de Informação em Saúde
COA	– Centro de Orientação e Aconselhamento
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPK	– creatinofosfoquinase
EC 29	– Emenda Constitucional 29
HB	– hemoglobina
LDH	– lactato desidrogenase
LMC	– Laboratório Municipal de Curitiba
NOAS-SUS	– Norma Operacional de Atenção à Saúde do SUS
NOB-SUS	– Norma Operacional Básica do SUS
PIB	– Produto Interno Bruto
PNCQ	– Programa Nacional de Controle de Qualidade
PSF	– Programa Saúde da Família
RENAGENO	– Rede Nacional de Genotipagem
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TGO	- transaminase glutamico-oxalacetica
TGP	- transaminase glutamico-piruvica
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento
VG	– Volume Globular
VHS	– Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	8
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	9
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	9
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	12
3 METODOLOGIA.....	18
4. A ORGANIZAÇÃO.....	19
4.1 DESCRIÇÃO GERAL.....	19
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	21
5 PROPOSTA.....	26
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	26
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	29
5.3 RECURSOS.....	30
5.4 RESULTADOS ESPERADOS.....	30
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO - CORRETIVAS.....	31
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

Este trabalho procurou apresentar como está organizado o serviço de análises clínicas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), os equipamentos envolvidos neste serviço, com ênfase no Laboratório Municipal de Curitiba (LMC). O LMC é um equipamento público de apoio ao diagnóstico que oferta seus serviços às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma resolutiva, contribuindo para o diagnóstico de diversas patologias e geração de dados que irão nortear ações em saúde pública. O serviço de análises clínicas dentro da SMS hoje se encontra fragmentado, sendo prestado em parte pelo LMC que atende somente UBS e em parte por laboratório privado que faz o atendimento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais municipais.

Diante dos seus indicadores históricos de qualidade e eficiência, torna-se pertinente considerar a hipótese de que se o LMC passar a atender também os serviços de saúde que hoje são atendidos por laboratório privado, podendo alcançar os mesmos resultados já observados no atendimento às UBS. Com isso, o município de Curitiba teria o serviço de análises clínicas centralizado em um único equipamento público, o que proporcionaria ganho de economia de escala, com consequente redução de custos, sem que isso carrete perda ou diminuição da qualidade e resolubilidade.

A proposta deste trabalho é estender às UPAs e hospitais municipais o serviço de análises clínicas prestado pelo LMC, uma vez que a SMS já possui esta estrutura laboratorial de grande porte e de alta tecnologia, visando desta forma a redução de custos para realização de exames em laboratório privado, centralização do serviço de análises clínicas em um único equipamento, conservação do histórico de exames dos usuários em um único sistema de informação, garantindo a preservação de dados epidemiológicos.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Elaborar uma proposta de ampliação do atendimento do Laboratório Municipal de Curitiba que contemple integralmente a rede municipal de saúde, incluindo Unidades de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centro de especialidades e Hospitais municipais.

Objetivos específicos do trabalho

Analisar a viabilidade financeira da expansão do atendimento do Laboratório Municipal;

Definir estratégias para a diminuição do tempo necessário para a entrega de resultados;

Propor a ampliação da relação de exames ofertados atualmente pelo LMC e que se adequem às necessidades de serviços de urgência e emergência.

Sugerir a criação de uma rede de transporte de amostras.

Sugerir a criação de uma equipe de trabalho que atenda em regime de plantão.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem que a contratação de serviços privados deve acontecer de forma complementar quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) não forem suficientes para garantir a cobertura assistencial de uma determinada área, como reforça Francisco Junior (2013). O mesmo autor afirma ainda que a realidade nos dias atuais é que cerca de 90% dos serviços especializados são contratados junto à rede privada e isso torna mais difícil para o SUS viabilizar os princípios da universalidade e integralidade, já que é uma opção economicamente onerosa e desvia para serviço privado os profissionais que poderiam estar exercendo suas funções na rede efetivamente pública.

O serviço de apoio diagnóstico, em muitos municípios, é prestado de forma complementar. Alguns exames, até mesmo os mais frequentes na atenção primária

à saúde, são encaminhados para laboratórios prestadores de serviços particulares. Isso se dá ao fato da alta densidade tecnológica e custo neste tipo de serviço. Nesse sentido, ao contrário da atenção primária, que deve ser descentralizada, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico obedecem à lógica da centralização e economia de escala.

A centralização dos serviços e o ganho em escala pode obter melhores resultados, inclusive em serviços públicos, desde que haja demanda para sua oferta. Atualmente o município de Curitiba dispõe do Laboratório Municipal como equipamento de apoio diagnóstico e terapêutico, o qual vem se modernizando ao longo dos anos com equipamentos de última geração de grande capacidade operacional, interfaciados com as UBS por um sistema informatizado e utilização de identificação de amostras por código de barras. A implementação dessas tecnologias nos processos de trabalho do LMC vem permitindo o aumento da eficiência e resolubilidade do serviço. A centralização do processamento de exames e aquisição de insumos por processos licitatórios permitiram a redução dos custos devido ao grande número de exames realizados, gerando ganhos de escala, além da otimização de recursos humanos, materiais e equipamentos, além da integração do sistema do LMC com o prontuário eletrônico disponível nas UBS, o que proporciona grande agilidade na entrega de resultados *on line*. (CURITIBA, 2013). O sistema informatizado também permite manter o histórico de todos exames dos usuários realizados no LMC, além da produção de dados para relatórios epidemiológicos.

Em 2007 os exames realizados no LMC tiveram custo médio de 2,51 reais, bem inferior ao custo médio dos exames pagos pelo SUS, com oferta de uma carteira bem ampla de exames e com rigoroso controle de qualidade (ITO, SCHNEIDER, 2008 apud MENDES, 2009). O último balanço realizado em 2010, o custo médio de exames realizados ficou em 3,74 reais, conforme balanço anual fornecido pela gerência do LMC.

O LMC atende apenas as UBS do município, sendo que o serviço de patologia clínica das UPA, do Hospital do Idoso Zilda Arns e Maternidade Bairro Novo é realizado pela rede contratada. Um dos argumentos é que, mesmo o LMC ofertando os exames com qualidade adequada a um custo menor, sua atual sede do Laboratório Municipal possui limitações físicas e de localização que dificultam a expansão do seu atendimento. Fato esse que na 12ª Conferência Municipal de

Saúde, uma das teses apresentadas pelo segmento gestor no tema “novas tecnologias em saúde” foi aumentar a capacidade instalada do Laboratório Municipal de Curitiba, com a ampliação do seu horário de funcionamento e da quantidade e escopo de exames realizados.

A construção da nova sede do LMC encontra-se em fase de finalização, o que aumentará sua capacidade de realização de exames e permitirá oferecer às UPAs e hospitais municipais o mesmo serviço de qualidade, ágil e de baixo custo que já presta às UBS. Assim, todos os exames realizados pelos usuários ficarão em um único sistema, sendo possível o acesso ao histórico de resultados de exames realizados pelo usuário em todos os níveis da rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), facilitando assim seu acompanhamento. Outro ponto positivo é a importância dos exames serem realizados sempre pelo mesmo laboratório, evitando assim variações metodológicas que dificultam a interpretação dos resultados. A expansão de atendimento do LMC também permitirá gerar e preservar dados epidemiológicos nos demais níveis de atenção, além de estreitar o vínculo multiprofissional entre as equipes de saúde envolvidas.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Um dos grandes marcos da saúde pública no Brasil se deu na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo de número 196, torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, sendo de acesso universal e igualitário, tendo como uma de suas diretrizes atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (BRASIL, 1988). Posteriormente, as leis 8080/90 e 8142/90 foram criadas para regulamentar o atual sistema de saúde brasileiro, SUS. A lei 8080/90 dispõe sobre a organização, direção e gestão do SUS, competência e atribuição das três esferas de governo, funcionamento e participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, política de recursos humanos, recursos financeiros, gestão financeira, planejamento e orçamento. A lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio das conferências e conselhos de saúde.

Ao longo de seus 25 anos, vários instrumentos foram criados na tentativa de implementação e consolidação do SUS, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), foram instrumentos legais editados pelo Ministério da Saúde, visando nortear a descentralização e gestão pública municipal.

A NOB-SUS de 1991 tinha a finalidade de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo. Foi o primeiro ato normativo de envergadura nacional no âmbito do SUS. Porém, voltou a centralizar o sistema para o plano federal, retirando a pouca autonomia dos gestores estaduais e municipais, mas impulsionou a capacitação municipal para a gestão. (BARBOSA & CARVALHO, 2012). Já a NOB-SUS 93 estabeleceu uma municipalização progressiva e gradual e garantiu a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, as chamadas “transferências fundo-a-fundo”, garantindo autonomia de aplicação dos recursos aos municípios habilitados. (CISLAGHI, SOUZA e TEIXEIRA, 2011).

A NOB-SUS 96 acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão

das esferas descentralizadas. Tratou de uma nova lógica assistencial, instituída anos anteriores, com o Programa Saúde da Família (PSF). O município passou a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. (BARBOSA & CARVALHO, 2012).

Em 2002, a Norma Operacional de Atenção a Saúde, (NOAS-SUS 02), aprimora as prescrições inovadoras da NOB-SUS 96 ao estender para a média complexidade o pagamento por capitação e estimular gestores municipais e estaduais a melhorarem suas capacidades de negociação, articulação, regulação e pactuação com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todos os serviços assistenciais necessários. Para tanto foi necessário aglutinar municípios vizinhos em microrregionais de saúde, para garantir a oferta de todos os serviços e produzir economia de escala. (BARBOSA & CARVALHO, 2012).

No Pacto pela Saúde assinado em 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram responsabilidades entre as três esferas de gestão do SUS. O Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, foi implantado com a finalidade de efetivar acordos para reforma de aspectos institucionais vigentes, buscando inovar processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006).

Desde a sua criação em 1988, o SUS assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O financiamento do SUS é alcançado com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2008).

Contudo, no Brasil, houve uma redução da contribuição do governo federal nos gastos com saúde. Em 2008, a participação da saúde na receita da Seguridade Social decresceu para 14,5%, inferior àquela verificada antes do SUS, igual a 18% no início da década de 1980 e 30% em 1988 (PAIM, 2013). Isso se deve em parte

porque na divisão dos recursos dentro da seguridade social, a Constituição 1988 não definiu percentuais para cada política, bem como não definiu, no caso da saúde, como se daria a participação de cada esfera de governo - municipal, estadual e federal - no seu financiamento. (CISLAGHI, SOUZA e TEIXEIRA, 2011).

Somente no ano de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma de inserção da União, dos estados e municípios no financiamento do SUS. A EC 29 definia que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios, a exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para educação. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto – PIB. (CISLAGHI, SOUZA e TEIXEIRA, 2011).

A Lei complementar 141/2012, criada para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, reiterou os valores mínimos estabelecidos na EC 29. Estados e Municípios continuam empregando, respectivamente, 12% e 15% em ações e serviços de saúde e a União prossegue aplicando o valor do ano anterior acrescido de percentual equivalente ao crescimento do PIB. Outro aspecto importante dessa lei é que ela define o que são os gastos com saúde e quais as ações e serviços podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde. Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento. (BRASIL, 2012; SANTOS, 2012).

O Município de Curitiba, entre os anos de 2004 e 2008, investiu os seguintes percentuais de seu orçamento em gastos com saúde:

TABELA 1: PERCENTUAL DO ORÇAMENTO MUNICIPAL GASTO EM SAÚDE – CURITIBA, 2004 A 2008.

ANO	PERCENTUAL
2004	14.56%
2006	15.75%
2007	19.71%
2008	16.29%

FONTE: CURITIBA, 2009

A transferência de recursos federais para os níveis estadual e municipal se da mediante adesão ao Pacto pela Saúde em seus 5 blocos de financiamento: Atenção Básica, Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (CURITIBA, 2009).

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos fundos de saúde, sendo acompanhados na destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União, quanto dos Estados e Municípios, o que garante à participação da comunidade no controle dos recursos destinados a área da saúde (CURITIBA, 2009).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. (BRASIL, 2010)

Para organizar os sistemas de atenção à saúde, o mais conveniente é separar as condições agudas, em geral de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que tem curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. (MENDES, 2009).

A criação do SUS trouxe uma nova proposta de saúde, esse novo modelo técnico-assistencial é baseado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e aos serviços de saúde é apenas um dos

componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas, capazes de prover qualidade de vida. (BARBOSA & CARVALHO, 2012). A Constituição de 1988 também estabelece como diretriz em seu Art. 198, inciso II, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Dentro desse conceito e tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico da população com aumento das doenças crônicas como diabetes, hipertensão, o laboratório clínico se torna ferramenta indispensável dentro do sistema operacional do SUS para o cumprimento da integralidade de atendimento com foco em medidas preventivas.

Os serviços de diagnóstico e de terapia são compostos por serviços de diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e de imagem e geralmente são denominados de serviços “auxiliares”. Os serviços de terapia incluem os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia. (CHORNY, KUSCHNIR e LIRA, 2010). O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado nas redes de atenção à saúde, como um componente transversal de todas as redes temáticas (MENDES, 2009).

Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada ou cada unidade pode dispor de seu próprio laboratório, que caracteriza a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. E o fato de ser a forma mais usual não significa que seja a mais racional de organizar. A centralização da realização de exames com coleta descentralizada é a forma mais eficiente de dispor de um serviço de análises clínicas, uma vez que permite economia de escala, possibilitando a utilização de equipamentos de grande capacidade operacional e otimização do uso de reagentes (CHORNY, KUSCHNIR e LIRA, 2010).

Contudo, a análise do sistema de análises clínicas no SUS revela uma situação quase caótica, onde se observa ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para usuários e demora na entrega de resultado. Com orçamento que gira em torno de 1,3 bilhão por ano, seria possível fazer muito mais com os mesmos recursos (MENDES, 2009)

Um bom exemplo de organização do sistema de apoio em patologia clínica é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que mostra que se pode instituir um sistema de patologia clínica efetivo, de qualidade e humanizado com custos 60% inferiores aos dos sistemas tradicionais ofertados no SUS e que costumam ser

inefetivos e de baixa qualidade. Esse sistema possui coleta descentralizada em mais de cem unidades de saúde e processamento centralizado em um único laboratório, ambos interligados por sistema de transporte de amostras eficaz (MENDES, 2009).

Por meio da tecnologia da informação foi possível integrar o software utilizado LMC ao prontuário eletrônico das UBS e, dessa forma, aumentar a produtividade, os índices de qualidade, diminuir o tempo decorrido entre requisição e disponibilização de resultados, eliminar a necessidade de emissão de laudos de papel e a satisfação dos usuários. (MENDES, 2009).

3 METODOLOGIA

A elaboração desse projeto baseou-se em alguns conceitos do Planejamento Estratégico como o diagnóstico da situação-problema, criação da proposta por etapas, com métodos de avaliação e monitoramento.

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica para contextualização deste projeto dentro da Gestão Pública em Saúde, foram consultados sites, portais da Prefeitura Municipal de Curitiba, Ministério da Saúde, legislações e livros.

A descrição da organização foi realizada com base em pesquisas no portal da SMS, pesquisa com a gerência e funcionários do LMC e em conhecimentos da autora, que atua no LMC, e permitiu o reconhecimento da estrutura e recursos já existentes. Para o diagnóstico da situação problema, foram utilizadas ferramentas como quadro, gráfico e tabela para expor as informações disponíveis sobre o serviço de análises clínicas da SMS. A proposição de um questionário foi necessária para buscar as informações que ainda faltam para definir estrutura e recurso que ainda não estão disponíveis e que serão necessários para implantação da proposta.

4 A ORGANIZAÇÃO

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

O LMC é um laboratório de análises clínicas, próprio do Município de Curitiba e gerido pela Secretaria Municipal da Saúde (CURITIBA, 2013a)

É um equipamento público de apoio diagnóstico à atuação clínica dos profissionais de saúde para que o atendimento ao usuário seja resolutivo. Realiza exames para diagnóstico de doenças e é um grande gerador e processador de dados imprescindíveis para o gerenciamento de ações, muitas vezes, estratégicas em saúde pública. (CURITIBA, 2013b)

As amostras analisadas no LMC são coletadas nos postos de coletas de todas as UBS do município. Oferta 90 diferentes tipos de exames. Realiza em torno de 300.000 exames por mês, nas áreas de microbiologia, bacteriologia, parasitologia, urinálise, hematologia, bioquímica, sorologia, imunologia e biologia molecular. Realiza ainda a regulação da utilização dos serviços de Patologia Clínica contratados pela secretaria municipal da saúde. (CURITIBA, 2013a).

O LMC atende, exclusivamente, a requisições de exames emitidas em atendimentos realizados nos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS/Curitiba (CURITIBA, 2013b). Para facilitar o acesso do usuário ao serviço de laboratório, a coleta da grande maioria dos exames é descentralizada, sendo realizada na unidade de saúde em que o usuário recebe atendimento, geralmente a mais próxima de sua residência, não sendo necessários grandes deslocamentos por parte do usuário. Após a coleta, as amostras são recolhidas por um sistema de transporte de amostras e encaminhadas ao LMC para serem processadas.

Os resultados dos exames são disponibilizados por meio de um sistema informatizado em que os computadores das unidades de saúde estão em rede com os do LMC. O laudo fica disponível “*on line*” nesta rede que, inclusive, conta com outras informações como o histórico de exames do usuário. (CURITIBA, 2013b).

O LMC conta com equipe profissional capacitada e equipamentos de alta tecnologia que permitem grande agilidade na entrega de resultados. São realizados treinamentos periódicos de coleta, vistoria nas unidades de saúde com auditoria o

processo de coleta para verificação do cumprimento do procedimento operacional padrão de coleta estabelecido. A maioria dos exames realizados fica disponível para consulta *on line* em menos de 24 horas após a coleta, enquanto exames mais complexos que demandam maior tempo em sua execução, são disponibilizados em, no máximo, 5 dias úteis. A realização de controles de qualidades internos diários e a participação em programas externos de qualidade como o Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ), garantem a segurança e confiabilidade dos resultados.

Outro aspecto de grande relevância é a sua participação em programas do departamento DST/AIDS do Ministério da Saúde, fazendo parte da Rede Nacional de Laboratórios de CD4/CD8, realizando exames de quantificação de linfócitos CD4/CD8, também integra a Rede Nacional de Laboratórios de Carga Viral, e é o único laboratório do Paraná que faz parte da Rede Nacional de Genotipagem para HIV (RENAGENO). O LMC também realiza todos os exames do Programa Mãe Curitibana, um dos principais programas de saúde do município.

Atualmente está localizado na Rua Antonio Parolin Junior, 1000, no bairro Parolin, tendo aproximadamente 1000m² e possui uma equipe de 111 funcionários. Uma nova sede de 3900 m² já está construída e espera-se a transferência de local brevemente. Essa nova edificação foi planejada para esta finalidade, contemplando vários aspectos técnicos necessários para o bom funcionamento de um laboratório de análises clínicas como piso técnico, sistema central de ar condicionado além de aspectos ambientais como sistema de tratamento de efluentes e sistema de captação de água da chuva.

Com a mudança para a nova sede será possível aumentar a capacidade técnica do LMC, hoje limitada pelo espaço físico da atual sede. Há expectativa de ampliar a relação de exames ofertados e o número de exames realizados mensalmente pode chegar a 500.000. Além da possibilidade de expansão do atendimento às UPA e hospitais municipais.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os serviços de atenção à saúde da SMS estão estruturados em rede, sendo que as UBS são sempre a porta de entrada para o atendimento integral de saúde do indivíduo. A atenção primária em saúde está integrada aos demais pontos de promoção e prevenção da rede. A Atenção Básica é caracterizada pelo conjunto das ações, prestada pelas equipes das UBS, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos cidadãos residentes na área de abrangência. (CURITIBA, 2013c)

A rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é composta por: 109 Unidades Básicas de Saúde, incluindo Unidades com o programa Estratégia Saúde da Família, 2 Centros de Especialidades Médicas, 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 3 Unidades Especializadas: Centro de Orientação e Aconselhamento (COA), Amigo Especial e Centro de Especialidades Médicas Matriz (CEMM), 11 Centro Atenção Psicossocial (CAPS), 7 Centros Municipais de Urgências Médicas 1 Unidade de Saúde 24 horas, 1 Laboratório Municipal de Análises Clínicas e 2 Hospitais Municipais. (CURITIBA, 2013c)

Para as Unidades Básicas de Saúde, os exames são realizados no LMC, com coleta descentralizada nas próprias unidades de saúde com sistema de transporte de amostras organizado por rotas. A coleta de exames é realizada somente pela manhã, entre 7:00 e 9:00h, e o recolhimento das amostras para o LMC acontece uma vez ao dia, entre 9:00 e 11:00h. Pacientes em acompanhamento no COA, são encaminhados para coleta no próprio LMC, já os pacientes em acompanhamento nos centros de especialidades médicas e unidade de saúde Amigo Especial são encaminhados às UBS as quais pertencem para agendamento e coleta. O horário de funcionamento do LMC é das 7:00 às 22:00h, não tendo atendimento noturno e em finais de semana. O caráter de atendimento é ambulatorial e a entrega dos resultados é *on line*.

Os serviços de pronto atendimento e hospitais necessitam de um perfil de atendimento diferenciado, com atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana. Portanto, atualmente o serviço de análises clínicas para esses equipamentos é prestado por laboratório terceirizado. As coletas são realizadas em loco e o

transporte de amostras e entrega de resultados obedecem logística do prestador. Com exceção do hospital Zilda Arns, onde existe uma unidade laboratorial disponibilizada pelo prestador para a realização de alguns exames de urgência.

O serviço de análises clínicas na SMS de Curitiba está resumido abaixo (QUADRO 1).

	Serviço de análises clínicas	Transporte de amostras	Natureza dos exames realizados
Unidades básicas de saúde	Exames realizados no LMC	Amostras recolhidas uma vez ao dia (dias úteis) por veículos da SMS, organizados por sistema de rotas	Exames ambulatoriais
Centro de Especialidades Médicas	Usuários são encaminhados para a UBS para realização de exames no LMC	–	Exames ambulatoriais
Centro de Atenção Psicossocial	Usuários são encaminhados para a UBS para realização de exames no LMC	–	Exames ambulatoriais
COA	Exames realizados no LMC	Usuários são encaminhados para coleta no próprio LMC	Exames ambulatoriais, carga viral, genotipagem e CD4/CD8
US Amigo Especial	Usuários são encaminhados para a UBS para realização de exames no LMC	–	Exames ambulatoriais
UPAs	Exames realizados por laboratórios terceirizados	Transporte realizado pelos laboratórios terceirizados	Exames de urgência e emergência, exames ambulatoriais são encaminhados às UBS
Hospital Zilda Arns	Exames realizados por laboratórios terceirizados	Exames de urgência e emergência realizados em unidade dentro do hospital. Exames ambulatoriais transporte realizado por laboratório terceirizado	Exames de urgência e emergência e exames ambulatoriais
Maternidade Bairro Novo	Exames realizados por laboratórios terceirizados	Transporte realizado pelos laboratórios terceirizados	Exames de urgência e emergência e exames ambulatoriais

QUADRO 1: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS NA SMS DE CURITIBA

FONTE: a autora (2013)

Além de horário de atendimento estendido, os serviços de pronto atendimento e hospitais também requerem uma relação de exames apropriados para atendimento de urgências e emergências. Hoje o LMC não oferta esses exames em sua totalidade, porém a grande maioria deles já são realizados

rotineiramente. Os exames mais comumente solicitados em serviços de urgência e hospitalares estão listados na Tabela 2:

TABELA 2: RELAÇÃO DE EXAMES MAIS COMUMENTE REALIZADOS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Exame	Já realizado rotineiramente no LMC
ácido láctico	Sim
análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	Sim
bacteroscopia (gram)	Sim
coagulograma	Não
determinação de fator reumatoide	Sim
determinação de gonadotrofina coriônica Humana (BHCG)	Sim
determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS)	Sim
determinação direta e reversa de grupo ABO	Sim
determinação quantitativa de proteína C reativa	Sim
dosagem de amilase	Sim
dosagem de bilirrubina total e frações	Sim
dosagem de cálcio iônico	Não
dosagem de creatinina	Sim
dosagem de creatinofosfoquinase (CPK)	Sim
dosagem de creatinofosfoquinase fração MB	Sim
dosagem de desidrogenase láctica (LDH)	Sim
dosagem de fosfatase alcalina	Sim
dosagem de gama-glutamil-transferase (gama GT)	Sim
dosagem de glicose	Sim
dosagem de lipase	Não
dosagem de magnésio	Sim
dosagem de potássio	Sim
dosagem de proteínas totais e frações	Sim
dosagem de sódio	Sim
dosagem de transaminase glutamico-oxalacetica (TGO)	Sim
dosagem de transaminase glutamico-piruvica (TGP)	Sim
dosagem de ureia	Sim
Gasometria arterial	Não
Gasometria venosa	Não
Hemocultura	Não
hemograma completo	Sim
dosagem de volume globular (VG)	Sim

Exame	Já realizado rotineiramente no LMC
dosagem de hemoglobina (HB)	Sim
troponinas	Não

FONTE: a autora (2013)

O Gráfico 1 mostra que se levarmos em consideração a tabela acima, 79% dos exames necessários para atendimento serviços de pronto atendimento e hospitais já são realizados rotineiramente pelo LMC.

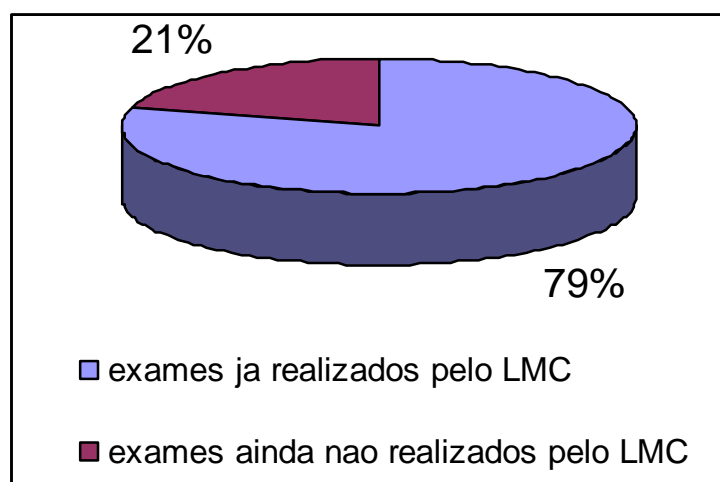


GRAFICO 1: PERCENTUAL DE EXAMES PROPOSTOS NA TABELA 2 QUE JÁ SÃO REALIZADOS NO LMC

Contudo, as informações disponíveis no momento não são suficientes para avaliar a viabilidade da expansão de atendimento do LMC. Para um melhor diagnóstico da situação-problema devem ser levantadas varias informações que podem pautar o processo de decisão. Alguns questionamentos devem ser considerados para a construção de uma proposta.

1. Quais exames são imprescindíveis para os serviços que se deseja expandir o atendimento?
2. Desses exames, quais já são realizados na rotina do LMC?
3. Qual a demanda mensal desses exames realizados atualmente por laboratório privado?

4. Quanto custa em media esses exames para serem realizados em laboratório privado?
5. O custo médio dos exames realizados em laboratório privado esta abaixo do custo médio dos exames realizado pelo LMC?
6. Como é realizado o sistema de transporte de amostra? Qual a frequência em que as amostras são recolhidas para serem entregues ao laboratório?
7. Quanto é o tempo médio entre a coleta de um exame e a entrega do resultado?

As informações obtidas por meio do questionário acima são de suma importância para apresentar propostas e traçar alternativas para sua implementação. Essas informações também irão permitir o estabelecimento de metas viáveis e elaboração de indicadores para monitoramento e a avaliação da proposta.

5 PROPOSTA

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A primeira condição necessária para implementação desse projeto é a mudança física do LMC de sua atual sede para a nova sede já construída, capaz de comportar a expansão do horário de atendimento e aumento do volume de exames realizados.

O levantamento das informações por meio do questionário proposto no diagnóstico da situação-problema deve ser solicitado aos setores competentes:

A questão nº 1 pode ser colocada para os profissionais que atuam nos serviços e que conhecem suas necessidades e para o Centro de Informação em Saúde (CIS) da SMS. Também pode ser feita uma análise dos exames solicitados pelas UPAs e hospitais ao laboratório privado no último ano e elencar os mais relevantes e qual sua demanda mensal. Com as respostas obtidas será possível definir a relação de exames que será ofertada a esses serviços, quais desses exames já fazem parte do menu de exames do LMC e quais devem ser acrescentados.

Para estimar o custo dos exames que hoje são realizados em laboratório privado é necessário solicitar ao Centro de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA) da SMS um relatório com o número de exames realizados fora do LMC e o valor pago para cada exame. Por meio dessas informações será possível comparar o custo entre os exames realizados no LMC e em laboratório privado. Em 2012, o custo médio por exame realizado no LMC ficou em R\$ 3.5029, enquanto que o faturamento médio por exame pela tabela SUS ficou em R\$ 4,9085, de acordo com dados do balanço anual fornecidos pela gerência do laboratório.

Para monitorar e avaliar a viabilidade econômica do projeto, sugere-se a criação de indicadores. Um deles, pode ser o “Indicador de Viabilidade econômica (IVE)” utilizado para avaliar a relação entre o custo médio dos exames do LMC e custo médio dos exames pagos pela tabela SUS. Com ele, pode-se apontar o melhor custo para a realização do exame, se no LMC ou em laboratório privado.

Para exemplificar podemos utilizar os valores médios de 2012 para calcular o indicador sugerido.

Indicador de viabilidade econômica (IVE)

IVE = $\frac{\text{custo médio por exame realizado no LM}}{\text{custo médio dos exames pagos pela tabela SUS}}$

IVE = $\frac{3,5029}{4,9085}$

IVE = 0,7136

Valores deste indicador menores que 1,0 indicam que os exames são economicamente mais viáveis quando realizados pelo LMC, enquanto que valores acima de 1,0 apontam a utilização dos serviços privados como sendo opção mais vantajosa em termos econômicos.

Em 2012, o LMC demonstrou que pôde atender a demanda gerada nas UBS e ainda gerar economia de quase 30%, se comparado ao preço da tabela SUS que seria pago a laboratórios privados.

Contudo, a viabilidade econômica não é o único fator que deve ser considerado. Equipamentos como UPA e hospitais necessitam de um serviço que seja capaz de fornecer resultados rápidos, que acelere o diagnóstico e minimize o tempo de espera dos usuários nas unidades. Para tanto, a logística se torna essencial para a prestação de um serviço eficiente. E para esse caso devemos considerar dois fatores que impactam diretamente na agilidade do serviço prestado que são o sistema de transporte de amostras e o sistema de informação utilizados. No que tange o sistema de informação, o LMC já possui sistema informatizado integrado com o sistema de informação da SMS e-Saúde que possibilita transmissão dos resultados *on line*. Portanto, este aspecto não requer novos investimentos financeiros nem demanda maior planejamento.

Quanto ao transporte, um sistema organizado por rotas de acordo com as regionais de Curitiba pode ser a forma mais rápida de transportar as amostras até o laboratório. Um estudo de como é feito o transporte hoje por laboratório privado

pode ser útil para definir qual deve ser o sistema de transporte adotado. Aspectos como tipo de veículo utilizado no transporte, frequência em que as amostras são recolhidas e o tempo médio entre a coleta e a entrega de resultados devem ser considerados e podem contribuir para a definição de metas e elaboração de indicadores de monitoramento.

Também pode se traçar um perfil de cada UPA e hospital com o número de exames solicitados, em qual período a demanda é maior diurno ou noturno, distância até o LMC, etc.

O ideal é que cada Unidade de Pronto Atendimento deverá contar com um veículo para o transporte de suas amostras até o LMC. A exemplo de como acontece em alguns laboratórios, o veículo de transporte poderá ser motocicleta por ser de menor custo e se deslocar com maior agilidade. Porém, o veículo escolhido deve possuir compartimento antichoque, caixa climatizada com controle de temperatura, caixas de transporte com dispositivo de segurança e acondicionamento correto em frascos adequados de forma que preserve a integridade e estabilidade das amostras e garanta a segurança durante o transporte. Considerando as unidades mais distantes do LMC e as condições de tráfego, podem-se estabelecer intervalos de transporte de 2 a 3 horas ou conforme necessidade do serviço.

Outro ponto a se considerar é disponibilizar para as unidades de pronto atendimento alguns testes laboratoriais remotos, os chamados *point of care* ou testes rápidos. Alguns deles já estão disponíveis hoje nesses serviços, como os glicosímetros que permitem a dosagem de glicemia capilar e tiras reagentes para dosagens qualitativas na urina. O gasômetro ainda não está disponível, mas que deve ser levado em consideração, uma vez que o exame de gasometria possui parâmetros instáveis como pH e lactato, o que exige rápido processamento da amostra. Exames realizados em aparelhos remotos podem resultados mais fidedignos em relação às amostras transportadas até o laboratório e podem diminuir o tempo em que o usuário permanece na unidade.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

O LMC obedece à hierarquia da SMS Curitiba e está diretamente subordinado à Diretoria de Redes de Atenção à Saúde e esta à Superintendência de Gestão da Atenção à Saúde e em última instância ao Secretário Municipal de Saúde.

Para que a expansão do atendimento aconteça, a decisão deverá ser tomada em todos os níveis de gestão, uma vez que o LMC não possui autonomia para a implantação deste projeto. A primeira etapa cabe ao gestor do LMC levar a proposta aos níveis superiores, apresentando sua viabilidade e os aspectos mais relevantes que sua implantação pode trazer. A proposta de ampliação pode ser apresentada no colegiado gestor da SMS.

Após a tomada de decisão, a gestão do LMC deve definir um cronograma de implantação com prazos para o cumprimento de cada etapa e tempo estimado para início das atividades.

Deve ser realizado o levantamento dos equipamentos e reagentes que serão necessários para a expansão do atendimento e que ainda não fazem parte do menu de exames realizados e iniciar os processos de licitação para aquisição dos mesmos.

Paralelamente, deverá ser montada e treinada uma equipe de trabalho para atuar em regime de plantão para os horários das 19h às 7h de segunda à sexta e 24h sábados, domingos e feriados. Esta equipe trabalhará em regime de escala, devendo ser composta minimamente de um farmacêutico-bioquímico e um técnico de patologia clínica por turno, podendo ser acrescida de mais funcionários conforme a demanda.

Os funcionários das UPA deverão receber treinamento e orientação pela equipe do LMC sobre procedimentos de coleta e uso do módulo Laboratório do sistema e-saúde.

Cumpridas essas etapas, o LMC já está apto para atender os serviços de saúde a que se propõe.

A responsabilidade pela implantação e sucesso do projeto é de toda a equipe de saúde. Sendo que aos Gestores cabe fornecer informações, recursos financeiros e monitoramento. À gestão do LMC cabe o planejamento e a

organização das ações para a efetivação do projeto. E aos servidores cabe a colaboração e o comprometimento

5.3 – RECURSOS

Os recursos necessários ficarão restritos a recursos humanos e materiais, uma vez que o SMS já dispõe do equipamento LMC com instalação de 3.900 m², com sistema de informação e equipamentos para a realização de mais de 70% dos exames propostos. Quanto a recursos financeiros, os recursos hoje gastos na realização de exames em laboratórios privados podem ser revertidos na compra de reagentes e aluguel de equipamentos. O sistema de transporte também deve demandar um aumento de recursos financeiros e que deve ser considerado no balanço do custo médio por exame. Embora os custos com transporte pelos serviços privados já estão embutidos no preço pago pelo serviço atualmente.

A demanda maior de recursos deve ficar por conta do sistema de transporte e da contratação de servidores para trabalhar em horários em que o LMC atualmente não atende, ou seja, uma equipe que trabalhe sob regime de plantão.

5.4 - RESULTADOS ESPERADOS

Esse projeto tem como metas unificar o serviço de análises clínicas da SMS em um único equipamento, LMC, realizar exames para os serviços de pronto atendimento e hospitais com custo abaixo do que é pago ao laboratório privado, com qualidade e agilidade, preservando o histórico dos pacientes e gerando dados epidemiológicos.

Como indicadores podemos utilizar o IVE. Este indicador deverá ser calculado constantemente para monitorar o custo médio por exame realizado no LMC. A meta para este indicador deve ser sempre abaixo de 1,0 para que os exames realizados no LMC sejam viáveis economicamente.

Para avaliar a agilidade na entrega de resultados, pode-se escolher por amostragem um determinado número de exames e calcular o tempo médio decorrido entre a solicitação e a entrega de resultados. Propõe-se que o tempo médio não deva ultrapassar 180 minutos, considerando o tempo de deslocamento das UPA mais distantes e o processamento de exames mais demorados. Isso porque trata-se de exames de urgência e emergência em que a rapidez na entrega de um resultado pode influenciar diretamente na qualidade do atendimento ao usuário, e tornar menor o seu tempo de permanência na unidade de saúde em questão.

O sistema de transporte pode ser avaliado de forma semelhante, calculando o tempo médio decorrido entre a coleta da amostra e o seu recebimento no LMC. Este indicador deverá ser calculado para cada serviço de saúde e cada um deverá ter uma meta própria, levando em consideração sua distância do LMC e condições de tráfego. Contudo, este indicador, seja para qual for a unidade de saúde, não deve ficar acima de 60 minutos.

5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Há dois riscos maiores a serem considerados. O primeiro é a viabilidade financeira. A inclusão de uma equipe de plantão e um sistema de transporte eficiente pode elevar o preço médio por exame e este ficar acima do preço médio dos exames da tabela SUS. Isso geraria um IVE maior que 1,0, o que tornaria a expansão de atendimento do LMC não vantajosa economicamente para o SUS.

Como medida preventiva, deve-se avaliar periodicamente os custos para buscar pontos para corte de gastos que não impactem significativamente na qualidade do atendimento.

O segundo risco é o serviço de análises clínicas prestado pelo LMC não ser tão ágil quanto esperado devido ao tempo gasto no transporte das amostras até o laboratório. Neste caso, deve-se reavaliar a frequência com que as amostras são transportadas e se possível, reduzir o intervalo de transporte.

Outros fatores como falha do sistema de informação ou problemas técnicos em equipamentos são problemas enfrentados frequentemente por qualquer laboratório seja de pequeno ou grande porte, não tendo relação direta com a expansão do atendimento do LMC, mas podem influenciar na qualidade do atendimento.

6 CONCLUSÃO

O surgimento do SUS com a Constituição de 1988 e com as leis 8080/90 e 8142/90 trouxeram os princípios da universalidade, integralidade e equidade juntamente com a descentralização das ações e serviços de saúde. Deste então, o SUS assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito ao atendimento integral à saúde por meio de consultas, exames, internações entre outros procedimentos em unidades de saúde públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

É no contexto da integralidade do SUS que a atuação do laboratório de análises clínicas se torna uma ferramenta indispensável tanto nas atividades preventivas quanto nos serviços ambulatoriais.

De uma maneira geral, o serviço de análises clínicas no SUS tem se mostrado ineficiente, de baixa qualidade e com alto custo, razões essas que levam os gestores em saúde, muitas vezes, a buscar prestadores privados para este serviço. Porém, o município de Curitiba, através de seu laboratório municipal, conseguiu organizar seu serviço de patologia clínica de forma efetiva, humanizada, com qualidade e com custos chegando até 60% inferiores aos sistemas tradicionais ofertados pelo SUS. Apesar disso, o serviço ofertado pelo LMC não alcança todos os serviços de saúde da rede municipal. Hoje as UPA e hospitais municipais tem seu serviço de análises clínicas gerido por laboratório privado.

A expansão do atendimento do LMC às UPA e hospitais municipais deve ser considerada pelos gestores, uma vez que pode trazer vantagens tanto do ponto de vista econômico quanto epidemiológico e de cuidado, além de assegurar a qualidade e agilidade já comprovadas no atendimento às UBS.

Todavia, as características de atendimento e demanda das unidades já atendidas pelo LMC, diferem daquelas apresentadas pelos hospitais e UPAs. Portanto, a expansão do atendimento a esses serviços deve ocorrer em etapas bem definidas. É necessário um estudo prévio de como deve ser o serviço de análises clínicas para essas unidades, qual a logística mais adequada e análise dos custos atuais tanto para realização de exames no LMC quanto em laboratório privado, para então definir etapas de implantação como previsão de impacto financeiro, licitação de reagentes e equipamentos, sistema de transporte e ampliação da equipe de trabalho.

Para que se possa alcançar êxito nos objetivos propostos, é necessário o compromisso dos gestores em viabilizar os recursos necessários, comprometimento das equipes de trabalho envolvidas e de um constante monitoramento dos fatores mais relevantes como custo, rapidez e qualidade, através de balanços, indicadores e avaliações.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P. R.; CARVALHO, A. I. de. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**, 2 ed, Florianópolis: departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2012

BRASIL, Lei 8080 de 16 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2Flei8080.pdf&ei=j21kUsGDOJXb4APEglGoDA&usg=AFQjCNHEZ9-shcqjwmTxNPryKsgCOYg>>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL, Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2FLei8142.pdf&ei=fXRkUt7lJsv64APwxlFo&usg=AFQjCNFPqaUjwLAS29HyM4wijteqFtFI8Q>>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Avaliação Econômica em Saúde – Desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde**. Editora MS, Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_aval_econom_saude.pdf>. Acesso em: 19/10/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20/10/2013.

BRASIL, Presidência da República. **Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União**, 16 de janeiro de 2012, p1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 21/11/2013

CHORNY, A. H, KUSCHNIR, R. C. LIRA, A. M. L. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. CAPES, 2010, GP 58

CISLAGUI J. F., SOUZA, T., TEIXEIRA S. O. **O Financiamento do SUS: principais dilemas**. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Conferencia do Desenvolvimento, 2011, IPEA. Disponível em:
<<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>>. Acesso em: 26/10/2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, **Portal de Serviços Curitiba: Laboratório Municipal**. Disponível em:
<<http://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/cidadao/equipamento/laboratorio-municipal/956>>. Acesso em: 26/09/2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, **Saúde Curitiba, Assistência: Laboratório Municipal**. Disponível em:
<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/laboratorio-municipal>>. Acesso em: 27/09/2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**, pg 48 e 49. Disponível em:
<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/planos/plano_001.pdf> Acesso em: 13/11/2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, **Saúde Curitiba: Assistência, Atenção Básica**. Disponível em:
<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica/sobre>> Acesso em: 19/11/2013.

ITO. T. S, Deliberação do Colegiado Gestor – 12ª CMS [mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: <imunoquimica@sms.curitiba.pr.gov.br> em: 11/11/2013.

JUNIOR, F. Financiamento e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS para além do simplismo. **Saúde Brasil – uma praça de debates sobre a saúde e o SUS**, 9 de maio de 2013. Blog, Destaques. Disponível em:
<<http://susbrasil.net/2013/05/09/financiamento-e-gestao-do-sistema-unico-de-saude-sus-para-alem-do-simplismo/>>. Acesso em: 03/11/2013.

MENDES E. V, **As Redes de Atenção a Saúde**, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009, pg 188 a 199.

SANTOS, L, **Lei Complementar 141/2012: um novo marco nas transferências interfederativas no SUS**. Biblioteca Virtual em Saúde, Blog Direito Sanitário: saúde e cidadania. 12 de março de 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/>>. Acesso em: 21/11/2013.