

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CLÁUDIO LUIZ LOURENÇO DE SOUZA

Integração da rede de ações e serviços de saúde em relação à atenção cirúrgica:
O caso de Macaé

Rio de Janeiro
2010

CLÁUDIO LUIZ LOURENÇO DE SOUZA

Integração da rede de ações e serviços de saúde em relação à atenção cirúrgica:
O caso de Macaé

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues.

Rio de Janeiro
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729

Souza, Cláudio Luiz Lourenço de
Integração da rede de ações e serviços em relação à atenção cirúrgica: o caso de
Macaé. / Cláudio Luiz Lourenço de Souza. - Rio de Janeiro, 2010.

83 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio
de Janeiro, 2010.

Bibliografia: p. 71-77

1. Integração. 2. Cirurgia de urgência – Rio de Janeiro. 3. Consultas
especializadas. I. Título.

CDD: 616.02498153



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**INTEGRAÇÃO DA REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À
ATENÇÃO CIRÚRGICA: O CASO DE MACAÉ**

elaborada por

CLAUDIO LUIZ LOURENÇO DE SOUZA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Presidente

Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

Universidade Estácio de Sá

Profª. Drª Márcia Cristina Chagas Macedo Pinheiro

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

A todos que torceram e contribuíram de forma
direta ou indireta para realização desta
Dissertação, porém, de forma especial a meu
irmão ("in memoriam"), que sempre vibrou muito
com minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues, que sem esmorecer diante de minhas dificuldades, exerceu sua função de mestre e educador, não apenas de forma profissional, mas principalmente como um amigo.

Aos meus pais e a “dindinha”, que sempre presentes em minha vida, emanaram e emanam suas energias positivas, contribuindo de maneira efetiva, para que os meus anseios sejam alcançados de forma prazerosa e plena.

Aos meus filhos, pela participação, orgulho e vibração demonstrados durante o período de elaboração e finalização desta Dissertação, digo obrigado, tornando público com estas palavras o grande amor que sinto pelos mesmos.

E por fim; porém não menos importante; agradeço a minha esposa, que de maneira atuante e constante nas situações marcantes da minha vida, dá um sabor especial as minhas realizações, deixando-me ainda mais feliz e convicto pela escolha de tê-la a meu lado, compartilhando estes momentos.

Nós somos livres quando nossas vidas não têm compromisso, mas para ser o que fomos destinados a ser. A verdadeira liberdade não é a liberdade DE, mas a liberdade PARA (Tagore).

RESUMO

Este trabalho trata do problema da integração entre os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). O foco é nas cirurgias de urgência que deveriam ser realizadas como eletivas e não o são por conta de deficiências no nível secundário de atenção. O estudo foi desenvolvido no Município de Macaé, a partir do levantamento dos procedimentos cirúrgicos de caráter emergencial realizados no Hospital Público Municipal. Foram utilizados procedimentos quantitativos e qualitativos, que envolveram a estimativa da necessidade de consultas especializadas. Tal estimativa foi comparada com a oferta existente no Município e corrigida pelo levantamento da morbidade hospitalar, com base nos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para validar a seleção dos procedimentos cirúrgicos selecionados para o estudo e a correspondência entre esses e as especialidades médicas pertinentes, foram realizados procedimentos inspirados no método Delphi. Por último, foram cruzados os procedimentos cirúrgicos com a relação entre a oferta e a demanda de consultas especializadas relacionadas com as patologias. O estudo revelou que os procedimentos que geram maior demanda entre os estudados, correspondem às maiores carências de oferta de serviços ambulatoriais especializados, que são oferecidos pelo nível secundário de atenção.

Palavras-chave: Integração. Níveis de atenção. Cirurgias de urgência. Oferta e demanda de consultas especializadas.

ABSTRACT

This work deals with the integration problem among the different attention levels from the Brazilian Public Health System. Its focus is on the urgent surgeries that should be performed as elective ones, but they are not due to problems related to the secondary level of attention. The study was made in the city of Macaé, by analyzing surgical procedures in emergency cases that were performed at the Public City Hospital. Quantitative and qualitative procedures that involved the estimation of the need of specialized consults were used. That estimation was compared with the existent availability in the city and corrected by checking the hospital morbidity, based on data taken from the Hospital Information System from the Department of Informatics from the Brazilian Public Health System. To validate the selection of the surgical procedures that were chosen to the study and the integration among them and the correspondent medical area, procedures related to the Delphi method were used. At last, surgical procedures were crossed with the need and availability of specialized consults related to the pathologies. The study showed that, among the cases that were studied, the procedures that are needed more are the ones that have the least availability of specialized healthcare services that are offered by the secondary level of attention.

Keywords: Integration. Attention levels. Urgent surgeries. Need and availability of specialized consults.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMB	Associação Médica Brasileira
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CEMS	Centro de Especialidades Moacyr Santos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CSJC	Centro de Saúde Jorge Caldas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRG	Diagnoses Related Groups
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo
HPM	Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LTUS	Sintomas do Trato Urinário Inferior
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa de Saúde da Família
RTUP	Ressecção Transuretral da Próstata
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
SS	Sistema de Saúde
TUSS	Terminologia Unificada de Saúde Suplementar

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE INTERESSE DO ESTUDO, CAPÍTULOS DA CID 10 E ESPECIALIDADES MÉDICAS	47
FIGURA 1	PDR DO RIO DE JANEIRO, 2004	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, 2001	31
TABELA 2	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, 2001	32
TABELA 3	RELAÇÃO DOS LIVROS DE REGISTRO DE CIRURGIA PESQUISADOS, COM NÚMERO DE FOLHAS DE REGISTRO E DE CIRURGIAS, 2005-2008	51
TABELA 4	MACAÉ, PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE HOSPITALAR, 2007	60
TABELA 5	HPM, NÚMERO DE CIRURGIAS DE INTERESSE E TOTAL DE CIRURGIAS, 2004-2007	60
TABELA 6	HPM, OCORRÊNCIA DAS CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO, POR TIPO, NÚMERO E PROPORÇÃO (%), 2004-2007	61
TABELA 7	RESULTADO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DO ESTUDO DELPHI SOBRE A CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS CIRURGIAS DE INTERESSE E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS	62
TABELA 8	RELAÇÃO ENTRE ALGUMAS DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO E AS CIRURGIAS DE INTERESSE DE ESTUDO (DELPHI)	63
TABELA 9	MACAÉ, ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS PARA 2008	65
TABELA 10	MACAÉ, OFERTA E NECESSIDADE DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, 2007	66
TABELA 11	MACAÉ, CONFRONTAÇÃO ENTRE OFERTA E NECESSIDADES DE CONSULTAS E A MORBIDADE HOSPITALAR, 2007	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DIAGNÓSTICOS E CIRURGIAS NA REDE DE SAÚDE	18
2.1	CONCEPÇÕES SOBRE REDES DE SAÚDE	18
2.1.1	Integralidade e continuidade dos cuidados	18
2.1.2	Os diferentes níveis de atenção e seus papéis	21
2.1.3	Portas de entrada do sistema	25
2.1.4	Regionalização dos sistemas	27
2.1.5	Atenção de urgência e emergência	28
2.2	A REDE DO SUS	30
2.3	PROCEDIMENTOS, ESPECIALIDADES E PATOLOGIAS	35
2.4	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	41
2.4.1	Tipos de cirurgia	41
2.4.2	Conceituação dos procedimentos cirúrgicos de interesse para o estudo	43
3	OBJETIVOS E MÉTODOS	48
3.1	OBJETIVO GERAL	48
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
3.3	CENÁRIO DA PESQUISA	48
3.4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	49
3.4.1	Levantamento da produção cirúrgica	50
3.4.2	Validação das cirurgias de interesse e de sua correspondência com a CID-10 e as especialidades médicas (estudo Delphi)	52
3.4.3	Estimativa das necessidades de consultas especializadas pelos parâmetros oficiais	53
3.4.4	Adequação da estimativa das necessidades de consultas especializadas com base na morbidade hospitalar	54
3.4.5	Resumo dos métodos e procedimentos	56
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	58
4.1	A REDE SUS EM MACAÉ	58
4.2	A PRODUÇÃO DE CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO	60
4.3	VALIDAÇÃO DA SELEÇÃO DE CIRURGIA DE INTERESSE (ESTUDO DELPHI)	62
4.4	NECESSIDADE E OFERTA DE SERVIÇOS SECUNDÁRIOS (PARÂMETROS OFICIAIS)	65
4.5	COMPARAÇÃO ENTRE OFERTA E NECESSIDADES DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS CORRIGIDA PELA MORBIDADE HOSPITALAR	67
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

O estudo e o entendimento das relações entre os níveis de atenção à saúde requerem que se trabalhe com determinados conceitos relativos ao tema, os quais irão fornecer subsídios importantes para o desenvolvimento de raciocínios sobre os assuntos abordados nesta dissertação. Inicialmente, é preciso apreender o que é sistema de saúde (SS) e para tal vemos abaixo algumas explicações sucintas sobre o tema, feitas por alguns autores e citadas por Viacava e colaboradores em seu artigo:

Uma definição considerada quase clássica foi formulada por Roemer (1991): um SS é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas cinco grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos SSs nem dos seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.
[...]

Field define os sistemas de saúde como um mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou inputs) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o “quase monopólio” na performance dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político. Outros inputs incluem o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século 20 foram extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos econômicos são necessários para financiar essa estrutura (HEIDEHEIMER, 1975, *apud* VIACAVA, 2004, p. 713).

A OMS, por sua vez, define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Nesse sentido, como reitera Mendes (2002), são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo” (VIACAVA, 2004, p. 713-714).

Essas citações acima, já induzem a pensar na complexidade da composição do sistema de saúde, pois envolvem serviços diferentes, cujas funções e atividades devem ser devidamente definidas, devendo também esses serviços ser estratificados ou hierarquizados, inter-relacionados, de forma a assegurar integração e complementaridade à atenção prestada. Os cargos e atividades profissionais dos indivíduos, ou atores, que compõem o sistema de saúde, necessitam estar em consonância com os conceitos citados anteriormente, para que logrem êxito no desempenho dos mesmos. Da mesma forma, é preciso um planejamento que defina as prioridades, gerenciamento da execução do mesmo, garantia de financiamento,

com estipulação de metas de funcionamento do sistema de saúde, para que se possa monitorar e avaliar o desempenho.

Este estudo terá seu foco principal na análise das relações entre os níveis de atendimento no município de Macaé, porém, enfatizando que tenho ciência de que vários outros fatores interferem e contribuem para a piora e agudização dos agravos dos pacientes. Assim sendo, o tema prioritário é a integração da rede de ações e serviços de saúde em relação à atenção cirúrgica.

A escolha do tema foi motivada pela vivência pessoal, pois, enquanto cirurgião socorrista do serviço de urgência hospitalar do município de Macaé me deparo com situações cirúrgicas emergenciais, que após anamnese, constata-se que são patologias de ocorrência prévia, isto é, já tinham iniciado anteriormente, sendo algumas delas já diagnosticadas, porém, por não terem sido abordadas de forma correta e oportuna, apresentaram evolução insidiosa, portanto, seguindo seu curso evolutivo progressivamente para piora, culminando com a agudização, necessitando por vezes, uma abordagem cirúrgica de urgência ou de emergência, para correção do agravo. Estas poderiam ter sua progressão interrompida, com uma resolução mais precoce, neste caso o tratamento cirúrgico, instituído em momento oportuno e com o paciente em condições basais, isto é, funções vitais básicas tais como: pulso, respiração, pressão arterial, desempenho cardíaco, função renal e funções cognitivas, mais favoráveis.

Considerando o segundo princípio do Sistema Único de Saúde (SUS):

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (LEI nº 8.080/90, art. 7º, II).

Com base no que diz a literatura, comentada até aqui, tive a percepção inicial de que a situação dos pacientes cirúrgicos em Macaé indica uma precariedade da continuidade dos cuidados entre os níveis de complexidade do SUS. Alguns pacientes cirúrgicos chegam aos hospitais com diagnósticos indefinidos ou tardios e com seu quadro clínico agravado, exigindo intervenções cirúrgicas de urgência, o que além de prejudicar as condições clínicas dos pacientes, aumenta os riscos inerentes ao ato cirúrgico, onera a instituição hospitalar e o sistema de saúde e piora a qualidade de vida do indivíduo. Na anamnese feita no hospital para coleta da história clínica, depara-se com relatos de que alguns pacientes já tinham

conhecimento da sua patologia básica já diagnosticada anteriormente, porém, uma vez encaminhados aos especialistas, não conseguem sucesso na solução do seu problema. Isto ocorre por vários motivos, como: dificuldade para marcação; falta do especialista na rede pública assistencial; oferta insuficiente de exames complementares diagnósticos; postergação no agendamento dos mesmos, etc.

No nível primário de atenção à saúde (NOVAES, 1990) as causas perceptíveis entre outras, são: despreparo dos profissionais para suspeição de determinados casos de indicação de tratamento cirúrgico, falta de protocolo para investigação etiológica de agravos com probabilidade de resolução cirúrgica, falha ou inexistência do mecanismo de referência e contra-referência, etc.

A contribuição do nível hospitalar ou terciário de atenção à saúde (NOVAES, 1990) para os problemas assistenciais mencionados anteriormente, estão por vezes relacionados ao quantitativo insuficiente de leitos hospitalares disponíveis; falta de planejamento de regionalização da assistência, o qual determinaria qual unidade hospitalar seria referência para internação de uma área geográfica específica e o perfil de assistência ofertada por esta unidade, etc. Decorre desta situação, uma superlotação no setor de emergência hospitalar, com pacientes mal alocados em macas nos corredores, inversão na entrada dos usuários nos sistema de saúde, que ao invés de acessarem a assistência pela atenção primária, procuram as unidades hospitalares, causando um congestionamento e dificultando o atendimento aos casos emergenciais; precariedade na oferta dos materiais e insumos para o trabalho, os quais tornam-se insuficientes para a demanda que aumenta exponencialmente, dificultando o planejamento da reposição dos mesmos, com isso, há uma queda na qualidade da assistência prestada aos usuários e colocam os profissionais da assistência em situação vulnerável.

Esta dissertação analisa o funcionamento do Sistema Único de Saúde em Macaé, enfocando o funcionamento da rede de serviços secundários (NOVAES, 1990) em relação às necessidades de pacientes que apresentam patologias cirúrgicas atendidas em regime de urgência, cujas características clínicas permitiriam tratamento eletivo, com menos sofrimento para as pessoas e menos transtorno e custos para o sistema de saúde. A questão norteadora deste trabalho pode ser formulada da seguinte forma: quais são as principais dificuldades para o

encaminhamento para diagnóstico e resolução das patologias cirúrgicas que merecem tratamento eletivo na rede SUS de Macaé?

Este trabalho abordará inicialmente no item dois; um levantamento bibliográfico e da legislação a respeito da organização da rede de ações e serviços de saúde do SUS, conceituando termos e procurando tornar claro o entendimento, segundo as fontes literárias, quanto à inserção e a aplicação dos mesmos na rotina de funcionamento da atenção à saúde. O item três relatará os objetivos, métodos e procedimentos que serão utilizados para desenvolver o presente trabalho. O item quatro versará sobre a análise dos resultados, explicitando inicialmente a posição de Macaé na rede SUS, segundo o plano diretor de regionalização (PDR) do Estado do Rio de Janeiro; apresentando também os resultados do levantamento das ocorrências das cirurgias de interesse do estudo e a validação metodológica deste levantamento; demonstrará a relação entre a necessidade e a oferta de serviços secundários relacionados com os procedimentos cirúrgicos selecionados e estabelecerá uma comparação entre oferta e consultas especializadas relacionadas com as patologias que suscitaram as intervenções cirúrgicas emergenciais de interesse do estudo. Ao final será apresentado um cronograma de tarefas da pesquisa e as referências bibliográficas e documentais utilizadas.

2 DIAGNÓSTICOS E CIRURGIAS NA REDE DE SAÚDE

2.1 CONCEPÇÕES SOBRE REDES DE SAÚDE

2.1.1 Integralidade e continuidade dos cuidados

Um dos pontos prioritários para o bom funcionamento de um sistema de saúde é a garantia de interação plena entre os diferentes serviços e níveis de complexidade de assistência à saúde, que devem funcionar como uma rede integrada com troca de conhecimentos, experiências e planejamento conjunto das ações, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados à população (DAWSON, 1920 *apud* OPAS, 1964; NOVAES, 1990). Para tal, faz-se também necessário, além de outros quesitos, o entendimento e o domínio conceitual das classificações das patologias pelo seu grau de gravidade, isto é, risco à vida, o que proporcionará o planejamento estrutural e de ações adequadas para cada necessidade requerida pelo agravo assistido.

O entendimento e a aplicação do mecanismo de referência e contra-referência por parte dos profissionais envolvidos nos diversos setores dos níveis de atenção à saúde são prioritários para a garantia da efetividade do sistema. Esta aplicação envolve o “encaminhamento mútuo dos pacientes entre dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de atenção à saúde” (SERRA; RODRIGUES, 2007).

A complementaridade entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde mantém correlação com o conceito da integralidade, o qual deve ser entendido como o direito garantido do indivíduo de acessar, isto é, ser acolhido em todos os níveis de atenção à saúde, porém de forma ordenada com um fluxo pré-definido, orientado e condizente com a sua necessidade, com um mínimo de

deslocamento do indivíduo, contribuindo para a diminuição do congestionamento da rede e garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados (SERRA; RODRIGUES, 2007).

A atenção à saúde deve processar-se de forma ordenada e integrada entre os níveis de atendimento, objetivando a qualidade e a efetiva solução dos agravos, com um mínimo gasto de tempo e redução dos custos. A concepção de rede está associada à idéia de relação entre os níveis assistenciais de forma hierarquizada (vertical) e de forma transversal (horizontal) entre os diferentes profissionais de saúde que contribuem para o processo terapêutico, devendo ser esta interação contínua, permanente e primar pela complementaridade e continuidade (OMS, 2003). A integração entre as diferentes unidades é que pode assegurar a continuidade da atenção, como indica Giovanella:

Oferta organizada de atenção à saúde, com garantia de referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua tanto as unidades da rede, como os procedimentos realizados nos distintos níveis de complexidade, com definição clara dos fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território (*apud* SERRA, 2003, p. 15).

É fundamental ainda, que haja um entendimento comum por parte dos gestores, dos profissionais e do público quanto à definição do papel e competências de cada nível de atenção. É necessário, assim, ver o que diz a literatura sobre o papel de cada um deles. Os parágrafos seguintes apresentam de forma resumida as idéias de Dawson.

La disponibilidad general de los servicios médicos sólo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuída en función de las necesidades de la comunidad [...], como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. Con la expansión del conocimiento [...], reduciéndose el ámbito de la acción individual y exigiendo, en cambio, esfuerzos combinados. Para que éstos puedan rendir los mejores resultados deben concentrarse en la misma Institución (DAWSON, 1920 *apud* OPAS, 1964, p. 3).

La medicina preventiva y la curativa no pueden separarse em virtud de ningún principio sólido y en cualquier plan de servicios médicos deben coordinarse estrechamente (*idem*, p. 3).

Los servicios domiciliarios de determinada región deben contar como base un centro primario de salud [...] (*idem*, p. 4).

Un grupo de centros primarios de salud debe a su vez tener como base a un centro secundario de salud [...] (*idem*, p. 4).

Los centros de salud secundarios deben vincularse a su vez con un hospital docente que cuente con una escuela de medicina [...] (*idem*, p. 3-5).

As idéias de Dawson introduziram os conceitos da necessidade de organização dos níveis de atenção à saúde, no tocante a localização dos mesmos, isto é, regionalização, a hierarquização dos níveis e a necessidade de relação de interdependência entre os mesmos, visando à melhoria do atendimento à população.

Os agravos dos pacientes por vezes, apresentam um grau de complexidade tal, que se faz necessário um atendimento mais amplo e multiprofissional integrado.

Esta forma de assistência traz benefícios relacionados com a melhor precisão no diagnóstico, precocidade na elucidação etiológica, diminuição dos custos, no sentido de evitar a realização de exames propedêuticos desnecessários, início da etapa de tratamento propriamente dito, de forma mais precoce, proporcionando ao usuário uma sensação de valorização pessoal, restabelecimento de suas condições de saúde em menor tempo e provável melhoria no índice de satisfação do mesmo em relação ao sistema de saúde ao qual está inserido.

A falta de integração entre os níveis de atenção também traz conseqüências para o nível terciário (hospitalar), sendo perceptível o fato de que muitos pacientes com patologias que poderiam ser tratados de forma eletiva, isto é, com avaliação pré-operatória mais acurada, regrada, seguindo protocolos de investigação propedêutica de rotina, acabam sendo submetidos a cirurgias emergenciais, levando a um congestionamento no Hospital Público de Macaé, que na sua concepção, foi definido que o seu perfil e estruturação de atendimento ao público seriam voltados para o atendimento ao trauma.

Os pacientes têm sua condição de saúde agravada por piora de suas patologias, devido a fatores tais como: falta de diagnóstico inicial definido ou suspeita diagnóstica no momento do atendimento no nível básico; dificuldade de acesso a recursos propedêuticos; falta de integração entre os níveis de atenção gerando falhas no mecanismo de referência e contra-referência, etc.

Para organização e efetivo funcionamento da rede assistencial, esta deve ser hierarquizada e as atribuições de cada nível de atenção à saúde, devem ser pré-determinados de acordo com a complexidade dos casos, o aparato tecnológico colocado à disposição e o recurso humano (capacitação técnica) que a unidade oferece (NOAS, 2002).

A pactuação de complementaridade entre os níveis de assistência, formação profissional adequada ao tipo de serviço proposto, protocolos de atendimento, informação e comunicação entre os níveis, são também fatores primordiais para garantia da boa qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários do sistema. A conceituação e as atribuições de cada nível de atenção serão enfocadas no item abaixo.

2.1.2 Os diferentes níveis de atenção e seus papéis

As unidades do nível primário de atenção devem, idealmente, estar localizadas de forma próxima à população, a qual deve ser previamente estudada e determinada por área, com diagnóstico prévio da situação sócio-econômica e do perfil epidemiológico. Tal diagnóstico visa oferecer subsídios para que os gestores do Sistema possam estabelecer metas para as ações das equipes de profissionais que atuam diretamente junto à população. Essas ações devem abranger a: prevenção, promoção e a educação em saúde, além de englobar atividades curativas e medidas para reabilitação da saúde (NOVAES, 1990; OPAS, 1964).

O profissional médico mais adequado para esta função é o generalista, isto é, com especialização em clínica médica (medicina interna), apto para estabelecer diagnósticos mais amplos, valendo-se de protocolos propedêuticos e com um suporte, isto é, apoio dos outros níveis de atenção à saúde. Essas afirmações encontram respaldo nas idéias de alguns autores, que exemplificam as atribuições dos médicos generalistas inseridos no sistema de saúde, com atuação na atenção primária (básica), onde já esteja implantado e vigorando o Programa de Saúde da Família (PSF), como é visto nas citações descritas abaixo:

O que a instituição espera do médico generalista:

- Que compreenda os indivíduos como sujeitos de seus processos no andar a vida, sendo assim co-responsáveis nos processos de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde; que respeite os interesses, valores e diferenças culturais;
- Que se responsabilize, com a equipe toda, pelas famílias a ele adscrita;
- Que crie vínculo com as famílias/pessoas e que este implique na construção da autonomia dos sujeitos/grupos, bem como na possibilidade de construir redes sociais;

- Que se vincule também com os profissionais de trabalho com que lida no cotidiano, atuando de forma complementar, solidária e ética;
- Que conheça o território ao qual está vinculada sua equipe, conheça as famílias que ali residem, os recursos que a comunidade possui, identificando com ela os principais problemas/áreas de risco a serem enfrentados e participe do desenvolvimento de Projetos de Intervenção que minimizem ou solucionem estes problemas, articulando outros setores que possam também estar implicados (AR, Cultura, Educação, Assistência Social, outros serviços de saúde, ONGs, grupos religiosos...) articulando assim a assistência com a prevenção e promoção da saúde;
- Que desenvolva ações assistenciais às pessoas durante todo o ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos), acolhendo-as, definindo, com a equipe e o usuário implicado, o Projeto Terapêutico que melhor se adapte à situação; que envolva os cuidadores sempre que possível; que vá à casa das pessoas, sempre que necessitem; que busque recursos complementares, sempre que necessário (discussão de caso, referenciamento para outro serviço...); que realize procedimentos médicos simples; que faça atendimentos de urgência/emergência sempre que necessário;
- Que valorize a subjetividade de cada sujeito e busque compreender o indivíduo e suas relações, bem como compreenda a família com a sua singularidade na produção de inter-subjetividades;
- Que desenvolva ações coletivas dentro e fora da unidade, conforme prioridades estabelecidas na equipe; que participe da formação/execução de atividades grupais educativas, conforme plano da equipe; que compreenda os grupos como espaços de construção do conhecimento de todos e por todos, construção de autonomia progressiva e espaço de convivência, que estreitando relações, abre perspectivas de ampliação das redes sociais;
- Que em todas as ações realizadas haja um enfoque para a promoção de hábitos saudáveis de vida, respeitando-se o direito de escolha das pessoas;
- Que participe ativamente da organização do processo de trabalho no cotidiano da equipe/unidade, participando da discriminação de risco, consultas conjuntas, dando retaguarda à enfermagem, administrando a agenda da equipe;
- Que use de forma racional a tecnologia disponível para investigação diagnóstica e terapêutica, especialmente os medicamentos; que evite deslocamentos desnecessários dos usuários; que alie outras práticas terapêuticas não medicamentosas, sempre que possível;
- Que participe dos processos de capacitação como capacitando e como capacitador, apoiando a formação de outros profissionais;
- Que participe ativamente dos espaços de criação coletiva: reuniões da equipe local de referência, apoio matricial, reuniões gerais, mutirões;
- Que contribua para o bom andamento do Núcleo de Saúde Coletiva, Colegiado Gestor e Conselho Local de Saúde;
- Que preencha adequadamente os prontuários familiares, relatando de forma inteligível e legível os dados essenciais em cada situação;

O que o médico generalista precisa saber/fazer para dar conta destas atribuições:

- ter postura acolhedora, responsável, ética;
- desenvolver práticas de trabalho em equipe, de forma complementar, solidária, respeitosa e criativa;
- adotar concepção de saúde que dê conta da complexidade dos processos saúde-doença, levando em conta o sujeito seus valores, suas relações, suas condições objetivas de vida (a moradia, o trabalho ou a falta dele, os hábitos, o "em torno"- urbanização, saneamento, espaços de lazer – a religiosidade, a rede social significativa...) enfim, um determinado

espaço territorial e vivencial, sendo influenciado e influenciando nos determinantes de saúde;

- conheça e implemente as diretrizes do SUS e do Projeto PAIDEIA de Saúde da Família de Campinas;
- ter conhecimentos básicos de epidemiologia e de Vigilância em Saúde (principais indicadores de saúde; imunização; prevenção da raiva e tétano; investigação de surto;
- ações de controle da dengue; principais doenças infecciosas e suas medidas de controle; creche, asilos, casas de apoio, escolas; conhecimentos básicos sobre relações meio-ambiente (incluindo ambiente de trabalho) e saúde;
- conhecer os principais eventos/agravos em todo o ciclo de vida: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; anemias; doenças respiratórias; principais dermatoses; doenças infecciosas mais comuns (parasitoses intestinais, tuberculose, dengue, hanseníase, leptospirose, DST-AIDS...) hipertensão arterial; diabetes; principais doenças ósteo-musculares; sexualidade; concepção/anticoncepção; pré-natal de baixo risco; vulvovaginites mais comuns; climatério; convulsões; uso e abuso de drogas; alcoolismo; manejo dos quadros de ansiedade/depressão, processos de perda; LER/DORT;
- conheça, valorize e, preferencialmente desenvolva as atividades do Projeto Corpo em Movimento; conheça e estimule a aquisição de hábitos nutricionais saudáveis;
- consiga ter formação ou reflexão sobre as relações familiares e produção de inter-subjetividades;
- seja capaz de desenvolver atividades grupais participativas;
- tenha iniciativa para buscar novos conhecimentos, acionando redes de ajuda (apoiadores de outros serviços, outros profissionais da equipe, levando o caso à discussão, estudando...);
- tenha conhecimentos básicos de medidas de suporte à vida (situações de emergência) e desenvolva os procedimentos mais comuns (sutura, drenagem de abscesso...);
- que conheça e adote o uso racional de medicamentos;
- use racionalmente os recursos tecnológicos disponíveis (CARPINTÉRO, 2009).

O nível primário de atenção deve ser capaz de resolver questões assistenciais de baixa complexidade, investigando, diagnosticando, tratando e dando seguimento ambulatorial as patologias mais simples. Suas atuações e necessidades devem ser respaldadas e supridas pelos outros níveis de atenção, garantindo a integralidade que deve existir entre os mesmos.

O nível secundário reúne os profissionais especialistas em um determinado local, de fácil acesso - para reduzir a necessidade de deslocamento dos usuários -, devendo ser responsável pelo suporte às unidades primárias de uma determinada região. Os médicos deste nível (especialistas) receberão os pacientes mediante encaminhamento (referência) e os submeterão a consultas e investigações propedêuticas, para elucidação diagnóstica, os quais, a partir deste nível serão reencaminhados para atenção básica, com respostas por escrito (contra-referência), ou direcionados para unidades hospitalares munidas de recursos pertinentes as

patologias detectadas, valendo-se também do relato por escrito (referência) (NOVAES, 1990; OPAS, 1964).

O nível terciário compreende os hospitais gerais e outros com perfil específico para a prestação de atendimento a determinados agravos. A localização destes hospitais e a escolha dos serviços a serem alocados nos mesmos, devem estar concernentes com necessidade dos indivíduos que irão beneficiar-se dos serviços prestados, os quais devem ser caracterizados por região (território), além de terem coerência com o número e o perfil epidemiológico da população (NOVAES, 1990; OPAS, 1964).

O mecanismo de atendimento ideal deve ser através de referências, ou encaminhamentos entre as diferentes unidades, salvo as situações de urgência e emergência, que quando assim se fizerem necessárias, devem ser aceitas por demanda espontânea. Findado o atendimento - independente de ser ambulatorial ou de internação -, os pacientes devem receber um relatório resumido e claro, da sua história clínica e serem encaminhados às suas unidades de origem, onde apresentarão estes relatórios às unidades assistenciais primárias, as quais estejam adscritos.

Os níveis de assistência à saúde devem trabalhar de forma integrada, com um sentido organizado de fluxo de usuários, baseados no grau de complexidade requerida pelo agravo em questão, garantindo a equidade do atendimento à população adscrita. Esse sistema pode ser analisado e entendido, associando-se a figura da pirâmide, na qual a base deve ser a atenção primária, que deve ser a principal “porta de entrada” do sistema, por ser aquele que mantém um contato mais próximo e freqüente com os usuários, sendo os demais níveis acessados quando necessário e encaminhados pelos profissionais do primeiro nível (NOVAES, 1990; OPAS, 1964). Um aspecto importante é a questão da continuidade dos cuidados, que exige a organização de fluxos para orientar a movimentação dos pacientes no sistema.

Faz-se necessário caracterizar junto aos gestores e aos profissionais envolvidos com a assistência à saúde e à população, a idéia de seqüenciamento ordenado do fluxo dos indivíduos dentro do sistema de saúde. Desta forma cada unidade deve desempenhar as atribuições que lhe são pertinentes, compatíveis com o seu potencial de resolubilidade (CECILIO, 1997).

O esclarecimento das competências propicia uma melhor elaboração e planejamento das metas de trabalho, alocação de recursos financeiros, provisão de insumos; fiscalização eficaz das ações implementadas; avaliação de resultados e distribuição mais equitativa dos usuários, evitando superlotação de determinadas unidades e baixa utilização de outras, e, por conseguinte, melhora da assistência prestada aos indivíduos. Deve ser garantida a inter-relação permanente entre os setores e entre os níveis de atenção à saúde. Este é o sentido dado pela legislação brasileira quando se refere à “hierarquização da rede de serviços de saúde” (LEI nº 8.080/90, art. 7º, IV, b), ou seja, que cada unidade de um nível de atenção ou complexidade cumpra um papel distinto das unidades de outro nível, mas que ao mesmo tempo funcione de forma complementar. Isto implica uma divisão de tarefas, ou a hierarquização das funções. Há entendimentos diferentes, no entanto, como o de Cecílio abaixo:

Pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz. [...] Com tal concepção há de se romper com radicalidade. O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades (CECILIO, 1997, p. 7).

Esta ordenação do atendimento, determinando e caracterizando o sentido do fluxo dos pacientes dentro da rede de assistência à saúde, traz como conseqüência a necessidade da criação de “portas de entrada” para o sistema.

2.1.3 Portas de entrada do sistema

Como vimos anteriormente, o modelo “dawsoniano” de sistema de saúde preconiza que a principal porta de entrada deve ser assumida pela atenção primária, que constitui o nível mais capilarizado e mais próximo dos usuários do sistema. Nem todos estão de acordo com esta definição de uma porta de entrada preferencial. Cecílio, por exemplo, defende que as redes de saúde contem com várias possibilidades de acesso, ou portas de entrada, inclusive através de outros serviços públicos:

A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social. A primeira estratégia nossa há de ser então a de qualificar todas estas portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso (*idem*, p. 475).

O autor com esta idéia defende a multiplicidade de “portas de entrada” no sistema de saúde, inclusive com outros serviços públicos servindo como tal. Considero que isto poderia causar um desordenamento do sistema, deixando indefinidas as responsabilidades e gerando dificuldade de controle do fluxo dos usuários, além de não permitir a atribuição de responsabilidades e deveres de cada unidade, pois qualquer setor público poderia promover o acolhimento do indivíduo ao sistema de saúde. Como esperar, por exemplo, que profissionais sem formação na área de saúde venham a ter um papel crítico no encaminhamento de pacientes no sistema de saúde? Para tanto, eles necessitariam, pelo menos de um treinamento específico. Mesmo que possam cumprir tal papel, tendo orientação adequada, o mesmo será necessariamente limitado, pois não terão como desempenhar de forma plena uma função que deve caber ao nível primário de atenção, o qual deve funcionar como primeiro e principal contato da população com o sistema de saúde, como defendia Dawson. Esta proposta também pode tornar o sistema mais oneroso, uma vez que, os recursos financeiros, insumos e mão-de-obra com competência para exercer essas ações, deveriam ser distribuídos por vários lugares, além de multiplicar as chances de erros nos encaminhamentos.

A idéia de entrada do usuário no sistema de saúde por outra via que não a usual, isto é, a atenção primária ou básica, só deve ser concebida nos casos de urgência e emergência, pois nestas condições o próprio agravo assim obriga a um atendimento o mais precoce possível, dispensando a progressão paulatina entre os níveis de atendimento.

A ordenação dos diferentes serviços de saúde deve levar em consideração, ainda, as necessidades de saúde da população, o que requer o levantamento da realidade epidemiológica de territórios ou regiões onde as pessoas vivem. É por essa razão que os sistemas “dawsonianos” preconizam a regionalização dos sistemas de saúde, de forma a que se possa organizar a oferta com base no

conhecimento das necessidades, tema do próximo item. Isto também ocorre em relação ao SUS: “utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática” (LEI nº 8.080/1990, art. 7º, VII).

2.1.4 Regionalização dos sistemas

Segundo Novaes a regionalização dos sistemas de saúde:

[...] é considerada como um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados dentro de uma disposição hierárquica na qual seja possível oferecer uma assistência máxima nos centros primários e os demais serviços utilizados apropriadamente de acordo com as necessidades individuais do paciente (1990, p. 40).

Esta definição associa-se ao conceito de territorialização do sistema, que segundo Ginzberg “[...] implica na distribuição de recursos ou serviços numa área determinada [...] com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e exigências dos consumidores” (*apud* NOVAES, 1990, p. 40).

O funcionamento do território de saúde requer uma reformulação das práticas administrativas, devendo haver uma ordenação ou um rearranjo das funções dos indivíduos prestadores de assistência, como também mudanças nas relações com os fornecedores de serviços de saúde, regulamentando e racionalizando os serviços em uma determinada área geográfica (NOVAES, 1990).

O modelo de atenção regionalizado implica uma maior capacidade de resolução do nível primário, pois é o nível mais próximo das pessoas de determinada área de abrangência. Tal nível deve funcionar como um filtro para os demais níveis de atenção, somente encaminhando pacientes para os mesmos naquelas situações que estejam além de sua capacidade de resolução. A implantação deste sistema requer alguns pré-requisitos de planejamento da rede, que são mencionados por (BRAVO, 1979 *apud* NOVAES, 1990, p. 41) os quais são:

- Providenciar informação demográfica e epidemiológica da população objeto (diagnóstico local de saúde);
- Dispor de um inventário atualizado dos serviços existentes;

- Receber informação sobre a utilização dos recursos;
- Obter consenso comunitário sobre prioridades;
- Possuir completo conhecimento dos diversos aspectos de acessibilidade dos serviços para corrigir as principais deficiências do sistema e de sua prestação;
- Relacionar a formação pelas entidades educadoras de graduados nas ciências da saúde, com as oportunidades de emprego;
- Estabelecer novos mecanismos de cooperação intersetorial com planejamento conjunto, controle de qualidade e avaliação dos serviços;
- Acesso universal dos indivíduos aos serviços de prevenção, orientação, reabilitação, diagnósticos e tratamento, que venham a necessitar, pertinentes a seu agravo.

A regulamentação do funcionamento do sistema regionalizado deve ser exercida por um controle central, que irá exercer um papel regulador das ações, garantindo o funcionamento ordenado, contínuo e integrado das unidades dos diversos níveis de assistência, respaldando as pactuações entre as mesmas e principalmente, tornando factível a acessibilidade dos usuários ao sistema de saúde, ampliando com estas ações a cobertura assistencial prestada. Falta, ainda, tratar de um tema central neste trabalho que é a conceituação da atenção de urgência e emergência, uma das portas de entrada dos sistemas de saúde, que abordo a seguir.

2.1.5 Atenção de urgência e emergência

A definição precisa do que deve ser enquadrado como urgência ou emergência ainda provoca tanto nos usuários, quanto nos profissionais da saúde, uma indefinição no que se refere ao que é um caso ou outro, pois não há uma diferença distinta marcante entre as duas situações.

Esta indefinição na distinção tem motivado autores a desenvolver estudos que procuram fornecer subsídios para o melhor entendimento, como no caso de Armelle Giglio-Jacquemot (2005) que parte da conceituação denotativa do Dicionário Aurélio (1986) e faz também uma análise sob o ponto de vista do entendimento biomédico sobre estes conceitos, baseado nas definições de Paim (1994, p. 152) como é demonstrado abaixo:

Uma emergência corresponde a um 'processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação'. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, etc.

Já a urgência significa 'um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente'. Nesse caso, há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc. (*apud* JACQUEMOT, 2005, p. 21).

O Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) trata dos casos de urgência e emergência, mas, não define tecnicamente o que se entende por situação médica de urgência ou emergência (RESOLUÇÃO CFM nº 1.246, 1988, arts. 24 e 35). A definição dessas situações vem sendo explicitada pelo CFM da seguinte forma:

[como Urgência] – a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata' e por 'Emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde [grifos nossos] que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (RESOLUÇÃO 1.451/95, art. 1º, parágrafo 2º).

O entendimento e o domínio destas definições pelos usuários do sistema de saúde, pelos profissionais que atuam diretamente com a clientela na prestação da assistência e pelos gestores, têm relevância para ordenação da seqüência e direcionamento do fluxo de atendimento. No âmbito da gestão, ainda funciona como mais uma ferramenta que os gestores podem lançar mão para planejar os recursos humanos necessários de acordo com demanda, tanto no tocante ao quantitativo, como em relação às especialidades profissionais adequadas àquela realidade, além de propiciar a alocação de insumos compatíveis com consumo real da unidade por ele administrada. A separação entre as situações e o atendimento de urgência e de emergência nos serviços de saúde também podem contribuir para tornar mais ágil e eficaz o funcionamento do sistema de saúde, tema tratado no item a seguir.

2.2 A REDE DO SUS

O processo de organização do sistema de saúde do Brasil é longo e tem seu principal marco, a partir da Constituição de 1988, a qual deu origem à criação do SUS, que representou um avanço na participação social e na garantia de direitos do cidadão à assistência integral à saúde. Representa uma tentativa de organização e regulamentação do sistema de saúde, que até então era gerenciado de forma centralizada e não garantia a acessibilidade universal.

Nesse contexto, a introdução da idéia da descentralização atribui entre as instâncias: federal, estadual e municipal, responsabilidades e deveres em relação à administração, financiamento e implantação das ações de saúde em seus níveis de atuação, ficando os municípios com maior responsabilidade e em situação complexa, pois podem não ter recursos financeiros suficientes para gerenciar de forma integral seu sistema de saúde, com isso tornando-se dependentes de repasses financeiros do governo federal e estadual, os quais progressivamente decrescem. Situação esta caracterizada nesta citação:

[...] a Assembléia Nacional Constituinte (1987/88) foi o estuário das correntes descentralizadoras geradas na luta pela democratização, o que resultou em uma verdadeira revolução descentralizadora. "A Constituição de 1988 definiu um novo arranjo federativo com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para Estados e, especialmente, para Municípios" (ALVIM, 1999, p. 51).

Embora a descentralização estabeleça uma autonomia administrativa na organização e condução do sistema de saúde em cada instância, isto não se traduz no campo das relações políticas entre as mesmas, pois os municípios que acabam arcando com a maior parte dos encargos financeiros, são submetidos à condição de dependentes, sujeitos as imposições políticas e normas estabelecidas pelo governo federal e estadual, os quais são detentores das fontes financeiras destinadas para repasse aos municípios. A Lei Orgânica da Saúde (LEI nº 8.080/90) estabelece este aspecto como um dos princípios do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O Sistema Único de Saúde deve funcionar de forma organizada e descentralizada, com competências pré-estabelecidas para cada nível de governo, fazendo com que os gestores de cada um desses níveis passem a implementar ações, segundo as publicações das normas estabelecidas pelos órgãos competentes do governo federal, sempre balizando estas medidas, no sentido de que as mesmas sempre se enquadrem e garantam à população seus direitos contidos nos princípios e diretrizes do SUS (NOAS 2001; NOAS 2002 e Portarias do MS). Deve ser repensada e reorganizada a distribuição das unidades assistenciais nas estâncias federais, estaduais e municipais, evitando o que se tem hoje em determinados locais, que embora não tenham um número mínimo de população que justifique a instalação de todos os níveis de complexidade da assistência; os possuem; sendo em alguns subutilizados, além de estarem algumas vezes, mal instalados estrategicamente.

A descentralização da assistência aumentou e impôs aos municípios atribuições assistenciais que se tornaram bastantes onerosas para os mesmos, impondo-os um gasto financeiro progressivamente elevado e uma diminuição do aporte financeiro proveniente dos estados e do governo federal, com isso gera-se um problema e a falência da assistência prestada nesta esfera de governo.

O Brasil apresenta grande parte dos municípios com pequena concentração populacional, conforme demonstrado nas tabelas 1 e 2 abaixo:

TABELA 1: NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, 2001.

REGIÕES/UF	FAIXAS DE POPULAÇÃO (Nº DE HABITANTES)						TOTAL
	MAIS DE 100 MIL	50 A 100 MIL	20 A 50 MIL	10 A 20 MIL	05 A 10 MIL	ATÉ 5 MIL	
N	14	29	101	94	97	114	449
NE	48	89	392	574	392	292	1.787
SE	117	98	264	341	393	453	1.666
S	39	52	135	218	300	415	1.159
CO	12	16	61	102	112	143	446
BRASIL	230	284	953	1.329	1.294	1.417	5.507

Fonte: www.datasus.gov.br.

TABELA 2: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, 2001.

REGIÕES/UF	FAIXAS DE POPULAÇÃO (Nº DE HABITANTES)						TOTAL
	MAIS DE 100 MIL	50 A 100 MIL	20 A 50 MIL	10 A 20 MIL	05 A 10 MIL	ATÉ 5 MIL	
N	3,1	6,5	22,5	20,9	21,6	25,4	100,0
NE	2,7	5	21,9	32,1	21,9	16,3	100,0
SE	7	5,9	15,8	20,5	23,6	27,2	100,0
S	3,4	4,5	11,6	18,8	25,9	35,8	100,0
CO	2,7	3,6	13,7	22,9	25,1	32,1	100,0
BRASIL	4,2	5,2	17,3	24,1	23,5	25,7	100,0

Fonte: www.datasus.gov.br.

Como vemos acima, existem mais municípios com a faixa populacional variando dentre 5000 a 10.000 habitantes, equivalendo a 49,2% dos municípios brasileiros.

A gestão dos serviços de saúde no tocante a implantação dos níveis de assistência, devem seguir uma lógica de compatibilidade entre o número de habitantes, a condição econômica do município e a complexidade assistencial de saúde necessária para esta população, baseada em dados epidemiológicos. Tal afirmação encontra respaldo em argumentos de Levcovitz (1988):

Em municípios com população inferior a 10.000 habitantes recomenda-se apenas a existência de unidades básicas. Neste caso, encontram-se 49,2% dos municípios brasileiros.

Em municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes, já é concebível a existência de recursos diagnósticos secundários e leitos hospitalares. Neste caso estão 24,1% dos municípios brasileiros.

Em municípios cuja população seja entre 20 mil e 100 mil habitantes, há possibilidade de existir serviços de atenção secundária e serviços especializados. Considera-se esta faixa muito larga, pois são enormes as diferenças entre um município de 30 mil habitantes e um de 90 mil, mas de qualquer forma, nesta faixa estão 22,5% dos municípios brasileiros.

Em apenas 4,2% dos municípios brasileiros "podem ser oferecidos, com viabilidade econômica, os recursos diagnósticos e terapêuticos de complexidade quaternária" (1997, p. 151).

Quando estas afirmações não são observadas e ponderadas, para servirem de embasamento para nortear medidas administrativas, como ocorrem na maioria das vezes nos modelos de gestão existentes no país, principalmente nos municípios de pequeno porte, acabam sendo implantados serviços precários, de má qualidade assistencial, que não tem condição de sustentação financeira, atendendo somente a interesses políticos locais, e que na sua grande maioria tornam-se insolventes.

Cabem as instâncias federais e estaduais de governo, através dos órgãos reguladores, a fiscalização dos serviços prestados à população, primando pela

melhor qualidade e estabelecendo regras para criação de serviços, e principalmente, o cumprimento das mesmas.

Estas ações reguladoras e normatizadoras têm seu início com as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS 01/93 e 01/96), que de forma sucinta, podem ser resumidas e entendidas como preconizadoras do processo de descentralização, enfatizando a estratégia da municipalização.

A seguir temos as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02), que merecem uma breve consideração, quanto as suas proposições:

NOAS-SUS 01/01 - Procurou estabelecer diretrizes para progressão do processo de descentralização da atenção à saúde, mantendo a garantia da universalidade, equidade e integralidade da atenção, a qual deveria ter bons padrões de qualidade de atenção em todos os níveis de assistência aos usuários do sistema, dando ênfase a estratégia de regionalização. Este entendimento fica claro, quando observamos os objetivos contidos no texto da NOAS 01/01 citado abaixo:

Objetivos

Objetivo Geral

Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Objetivos Específicos

Fortalecer a capacidade de planejamento e organização dos sistemas estaduais, articulando e integrando os sistemas municipais.

Fortalecer as capacidades gestoras das SES e SMS em suas funções de contratação, regulação, controle, auditoria e avaliação de serviços, bem como de monitoramento e avaliação dos resultados do sistema de saúde.

Definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS, de forma clara e coerente com a organização de sistemas funcionais de atenção.

Responsabilizar as SMS pela garantia de acesso dos seus próprios municípios e dos usuários formalmente referenciados aos serviços localizados em seu território.

Responsabilizar as SES pela coordenação do processo de regionalização, da Programação Pactuada e Integrada e do estabelecimento de referências intermunicipais, a ser desenvolvido em conjunto com os municípios.

Promover a definição do papel de cada município na rede regionalizada e resolutiva.

Aperfeiçoar o processo de habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada do SUS, superando seu caráter cartorial e contemplando a heterogeneidade dos entes federados brasileiros.

Concluir a habilitação de 100% dos municípios a gestão descentralizada do SUS e agilizar a habilitação dos estados à Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde e assegurar a sustentabilidade das intervenções prioritárias da política de saúde.

Incrementar o volume absoluto das transferências fundo a fundo e sua proporção no total das despesas do Ministério da Saúde.

Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais.

Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base per capita, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade.

Promover a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde de todos os níveis de complexidade, independente de seu município de residência (PORT. MS/GM nº 95, de 26/01/2001; REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, p. 16-17).

NOAS-SUS 01/02 - Objetivou consolidar o processo de regionalização, hierarquização da atenção à saúde e definir regras e objetivos mais claros, a serem executados, para organização dos serviços de saúde municipais, para que os mesmos se cadastrassem junto ao SUS, conforme é visto no texto abaixo:

[...] amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (PORT. MS/GM nº 373, de 27/02/2002 - 1ª PARTE).

A NOAS 01/02 cria condições para elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) no qual fica estipulado que o sistema deve ser estruturado em níveis de atenção, que por sua vez, devem compor um quadro integrado de unidades; formando uma malha assistencial regionalizada, que devem interagir-se para garantir a integralidade e a complementaridade entre os níveis de assistência à saúde, no âmbito das ações e serviços prestados. As unidades devem ser divididas e alocadas, para prestar atendimento no âmbito da atenção primária, secundária e terciária, mantendo entre as mesmas uma relação de complementaridade hierarquizada e regionalizada (NOAS, 2002).

O desempenho das unidades de assistência à saúde pertencente aos níveis de atenção pode ser melhorado através da introdução de novas formas de gestão das mesmas, sendo uma delas, a gestão por metas previamente pactuadas entre os gestores, baseadas não apenas por produção, mas também por avaliação da qualidade da assistência, abrangência populacional e índice de satisfação dos usuários, à semelhança do que ocorre em determinados países europeus principalmente. Estas formas de gestão estariam adequadas às diretrizes preconizadas pelo PDR (NOAS, 2002).

2.3 PROCEDIMENTOS, ESPECIALIDADES E PATOLOGIAS

Este estudo envolve diferentes classificações: procedimentos, especialidades e patologias. Por esta razão procuro explicar, a seguir, de forma rápida o papel de cada uma dessas classificações e a relação existente entre as mesmas, para facilitar o entendimento do estudo realizado e a utilização que este faz das mesmas. A ordem desses itens corresponde também à seqüência de atividades empreendidas no desenvolvimento desta Dissertação.

Procedimentos

A classificação de procedimentos adotados pelos profissionais médicos para tratar as patologias, procura uniformizar a linguagem utilizada por aqueles e pelos serviços e sistemas de saúde, com as finalidades de se medir a produção realizada e, principalmente, viabilizar o faturamento da produção junto aos órgãos contratadores dos serviços, no caso do Brasil: o SUS e as operadoras de planos e seguros de saúde.

As classificações de procedimentos mais em voga no Brasil são: a tabela AMB, criada nos anos 1980 e utilizada no setor privado; e as do SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares. A grande diferença entre as tabelas da Associação Médica Brasileira (AMB) e as do SUS são que a primeira, apesar de inspirada em tabela do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), visa apenas à remuneração dos serviços profissionais, enquanto as do SUS são tabelas por pacote ou *Diagnoses Related Groups* (DRG), o que envolve além dos procedimentos, os custos operacionais dos serviços, os serviços diagnósticos e os medicamentos utilizados. Mascarenhas mostra como surgiram às tabelas utilizadas pelos setores públicos e privados no Brasil:

No caso do sistema brasileiro de saúde pública, na década de 1980, o governo federal adotou o modelo de reembolso baseado em tabelas de ressarcimento semelhantes ao tratado neste estudo como sistema de reembolso por Pacote. Este modelo foi desenvolvido como um instrumento de pagamento ao setor privado contratado, com objetivo de racionalizar os gastos e agilizar os pagamentos, sendo desde então utilizado pelo [...] INAMPS, cuja tabela de 1987 foi inclusive a referencia para a tabela de honorários médicos da [...] AMB (2007, p. 22).

Recentemente há uma tentativa de substituição da Tabela AMB pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) elaborada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE) e pelas principais entidades médicas do País: a AMB; Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Atualmente há, ainda, uma tentativa de síntese das tabelas utilizadas no setor privado que é a Terminologia Unificada de Saúde Suplementar (TUSS). Neste trabalho optou-se por utilizar a CBHPM para o levantamento dos procedimentos cirúrgicos.

Especialidades

O desenvolvimento da medicina vem gerando novas especialidades e subespecialidades. O grande número das mesmas exigiu sua classificação para a uniformização da linguagem e para a própria organização da profissão através das sociedades médicas (BRÉAL, 2010). Em 2002, já havia 48 especialidades médicas e 81 áreas de atuação, ou subespecialidades, segundo relatório feito pela AMB, CFM e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BICAS, 2002, p. 291).

A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 adotou uma relação reduzida de 21 especialidades médicas - além das três especialidades básicas, ou seja, Clínica Geral, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria - para subsidiar o cálculo das necessidades de consultas e procedimentos (PORT. nº 1.101). Tal classificação é adotada neste trabalho, sendo apresentada abaixo:

1. Alergologia;
2. Cardiologia;
3. Cirurgia Geral;
4. Dermatologia;
5. Angiologia;
6. Endocrinologia;
7. Gastroenterologia;
8. Hematologia;
9. Medicina física;
10. Nefrologia;
11. Neurocirurgia;
12. Neurologia;

13. Oftalmologia;
14. Oncologia;
15. Otorrinolaringologia;
16. Proctologia;
17. Psiquiatria;
18. Reumatologia;
19. Tisiopneumologia;
20. Traumato-ortopedia; e
21. Urologia.

Patologias

O grande número de patologias existentes e já identificadas e as que certamente serão descobertas futuramente, associadas a seu comportamento epidemiológico, no tocante a: incidência, prevalência, morbidade, mortalidade, características clínicas e etc., as quais podem ser distintas ou semelhantes, levou a necessidade de agrupá-las e classificá-las dentro de um padrão, que fosse utilizado de forma ampla, facilitando a troca de informações em uma linguagem comum, contribuindo para o raciocínio epidemiológico, que parte da identificação e análise das patologias mais prevalentes, usando geralmente esta informação para fins de planejamento, costumando agregá-las em categorias mais amplas, criando assim, uma ferramenta importante de estudo e ação.

Uma dessas ferramentas é a CID, que foi utilizado nesta dissertação e que merece uma explanação inicial, quanto a sua necessidade, origem, utilização e validação como instrumento útil na área epidemiológica, facilitando raciocínios e contribuindo para planejamentos de políticas de saúde, tanto em níveis públicos, como privados. A necessidade da compilação, uniformização e classificação das doenças, é motivo de estudo de alguns autores, como visto nas citações de Mendonça e colaboradores em seu artigo:

A Medicina Social tem enfrentado inúmeras dificuldades na construção de metodologias que permitam uma correlação entre o marco teórico desenhado e a realidade sensível. Nas investigações em Saúde Coletiva, os dados nosológicos se constituem numa questão da maior importância, pois estes representam as informações básicas sobre as quais se construirão os estudos epidemiológicos, o planejamento e a organização dos serviços de saúde.

Os dados nosológicos representam informações básicas sobre as quais repousa o conhecimento da realidade sanitária, indispensável para o

planejamento e a organização dos serviços de saúde sendo, portanto, questão da maior importância.

Dois problemas podem ser detectados em relação à utilização dos dados nosológicos e que, conseqüentemente, constituem-se em obstáculos para o desenvolvimento e a pesquisa em Medicina Social: (a) a ineficiência dos sistemas de informação no registro dos dados nosológicos, a nível ambulatorial; (b) a limitação das classificações de doenças existentes na caracterização do processo Saúde-Doença, como é entendida na ótica da Medicina Social. A avaliação do dado nosológico, do ponto de vista de um sistema de informação, deve atender aos critérios de ser passível de uniformização, possibilitar a codificação e a informação e permitir a recuperação e a consolidação (MENDONÇA *et al.*, 1990, p. 1-2).

Como demonstrado nas citações acima do artigo, para que o estudo da saúde de uma população possa oferecer informações precisas, confiáveis e úteis para elaboração de planos e estratégias de ações futuras, os dados coletados devem ser agrupados, segundo um padrão pré-estabelecido, e este padrão têm melhor utilização quando apresenta características como: fácil apreensão, utilização simples, ampla abrangência e expressar de forma mais próxima da realidade, o significado do caso analisado. Nesta linha de raciocínio, é que foi criado a CID, como é explanado nos textos abaixo:

A informação em saúde trabalha dados nosológicos, utilizando, hegemonicamente, a Classificação Internacional das Doenças (CID). A origem da CID encontra-se na Lista Internacional de Causas de Morte, aprovada no 1º Congresso de Estatística (BRUXELAS, 1853). Esta lista não chegou a ter uma aprovação universal e, somente após as modificações introduzidas em 1893, em Viena, pelo Instituto Internacional de Estatística, passou a ter um uso mais generalizado (LEBRÃO, 1983).

A CID, a partir das decisões de Viena (1893), foi objetivo de sucessivas revisões. As principais convenções que introduziram modificações na CID foram: Primeira Revisão (PARIS, 1900); Segunda Revisão (PARIS, 1909); Terceira Revisão (PARIS, 1929); Quinta Revisão (PARIS, 1955); Oitava Revisão (GENEBRA, 1965) e Nona Revisão (GENEBRA, 1975).

A lógica da CID é a mesma lógica da medicina científica, identificada por Foucault (FOUCAULT, 1966) no estudo de suas bases epistemológicas. A medicina científica entende a doença a partir da anatomia patológica, manuseando as categorias, sede, etiologia, duração e natureza da alteração anátomo-funcional. A CID transforma estas categorias básicas em critérios classificatórios: (a) quanto à sede da lesão - gerais e localizadas; (b) quanto à etiologia - infecciosas e não-infecciosas; (c) quanto à duração - agudas e crônicas e; (d) quanto à natureza do processo patológico - inflamação, degeneração, necrose, neoplasias etc.

Ainda hoje, após a Nona Revisão (GENEBRA, 1975), a CID mantém-se restrita ao conceitual clínico para identificação e ordenamento das entidades mórbidas.

Na CID de 1975 (OMS, 1978), utilizada atualmente, não existe em eixo classificatório ou critério de classificação único. Em alguns assuntos é utilizado um critério etiológico (origem da doença), em outros, anatômicos (MENDONÇA *et al.*, 1990, p. 2-3).

Fiz menção anteriormente sobre algumas prerrogativas necessárias que uma tabela de padronização e classificação deve ter para ser confiável e aceita por quem

a venha utilizar. Optei por usar a CID, embora a mesma esteja sujeita a questionamentos, como os ilustrados abaixo, porém, sua aceitação e utilização no meio científico ainda a valida como instrumento de pesquisa útil para o que se pretende demonstrar neste estudo, pois a própria conclusão do artigo de Mendonça e colaboradores (1990) ao final desta citação, conclui que na falta de outra classificação mais abrangente, a CID é uma opção válida.

Apesar das sucessivas revisões, a CID não garante, por si mesma, a qualidade da informação nosológica, uma vez que um diagnóstico pode ser classificado sem que se esclareçam a duração, a natureza, a sede e a etiologia da doença. Isto torna-se possível pela existência, em seu corpo, de um capítulo de doenças residuais - Sinais, Sintomas e Estados Mórbidos Mal-definidos - onde se incluem todos os quadros clínicos não-codificáveis nos demais capítulos. Nota-se, ainda, a presença de doenças inespecíficas - nove no quarto dígito - em todos os grupos classificatórios.

Uma primeira análise crítica da CID situa-se a nível da dificuldade de sua operacionalização em serviços de atenção primária à saúde, o que leva a uma limitação de seu uso como padrão de informação nosológica. De um lado, a natureza simplificada do atendimento primário dificulta a definição, em uma primeira consulta, de um diagnóstico segundo as normas da CID. De outro lado, a CID, como padrão de classificação nosológica, não contempla o largo espectro da demanda característico da atenção primária.

Uma segunda análise crítica da CID, que originou outra proposta alternativa, foi efetuada por um grupo de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) - (Chorny, 19/0). Esta análise afirma que o agrupamento das doenças em função da sua etiologia e/ou localização anatômica oferece poucos subsídios para o planejamento em saúde.

Uma terceira análise crítica da CID refere-se à sua limitação a uma lógica exclusivamente clínica e biológica. Ao agrupar as doenças segundo a combinação dos eixos etiológico e anatômico, a CID exclui a possibilidade, fundamental quando se trabalha em saúde coletiva, de classificar a doença enquanto um processo determinado social e historicamente.

É importante assinalar, ainda em relação à limitação da CID ao conceitual clínico, que ela, apesar da classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e oportunidade de contato com serviços de saúde, não permite a caracterização detalhada de estados normais por restringir-se a enfatizar as descrições de estados patológicos ou pré-patológicos. Além disso, a CID também não contempla a possibilidade de classificação de formulações diagnósticas analíticas, limitando-se a diagnósticos descritivos.

A revisão da literatura demonstra, enfim, a inexistência de uma alternativa sólida que supere a Classificação Internacional das Doenças. Por isto, para desenhar um sistema de informação que contenha dados nosológicos, continua prevalecendo o uso desta classificação, apesar de seus inegáveis limites (MENDONÇA *et al.*, 1990, p. 4-6).

Procurei seguir neste trabalho o raciocínio epidemiológico, fazendo o levantamento e a seleção dos procedimentos cirúrgicos realizados em caráter emergencial ou de urgência, que tiveram maior número de ocorrência dentro do período pré-estabelecido e que eram oriundos de patologias não agudas e não decorrentes de traumatismos. Uma vez compilados, correlacionei-os com as patologias pertinentes e as especialidades médicas afins, comparando também com

os cálculos de necessidade e oferta de profissionais na rede, para que estes dados gerados dessem subsídios confiáveis e estruturados, os quais serviriam de base para análise e compreensão do fenômeno de interesse deste estudo, o qual motivou a elaboração desta Dissertação.

Como forma de tornar mais elucidativa a colocação anterior, vou citar alguns exemplos de associação:

a) A cirurgia de colecistectomia, que na CBHPM tem o código nº 3.10.05.10-1, tem sua indicação, devido a afecções da vesícula biliar, sendo a mais freqüente a colelitíase, que na CID é enquadrada no capítulo XI e codificada como grupo K80 - K87, sendo esta patologia associada, no âmbito da assistência, mais diretamente com as especialidades médicas de: Clínica Geral, Cirurgia Geral e Gastroenterologia, segundo a classificação adotada pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002 mencionada anteriormente;

b) A herniorrafia ou hernioplastia na CBHPM é codificada com nº 3.10.09.11-5, sendo utilizada para corrigir deficiências estruturais da parede abdominal. É inserida na CID no capítulo XI, nos grupos K40 - k46, mantendo relação em termos diagnósticos e terapêuticos com mais freqüência com as especialidades: Clínica Geral, Cirurgia Geral e Gastroenterologia; e

c) A prostatectomia na CBHPM tem o nº 3.12.01.12-1, refere-se à ressecção parcial ou total da próstata, por via laparotômica, laparoscópica ou trans-uretral, devido à hiperplasia, isto é, aumento glandular, por causas benignas ou malignas. Enquadra-se no capítulo XIV, grupo N40 e correlaciona-se com a: Clínica Geral, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Nefrologia, Oncologia e Urologia.

Cabe aqui a ressalva, que a ordem de citação das especialidades médicas correlatas às patologias e aos procedimentos cirúrgicos descritos, não expressa o grau de importância entre as mesmas, em relação à atuação dos profissionais na abordagem das doenças, apenas manteve o seqüencial utilizado anteriormente, quando descrevi as especialidades definidas pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002.

2.4 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

2.4.1 Tipos de cirurgia

A detecção e o diagnóstico precoce dos agravos à saúde, inclusive no caso patologias cirúrgicas, fazem-se necessários para que condutas sejam implementadas de forma efetiva e em tempo hábil, evitando a progressão da doença e em consequência a deterioração das condições clínicas do paciente, fatos estes que na maioria das vezes, ocorrem mediante diagnósticos feitos de forma tardia. (SILVA, 1985).

Segundo a OMS:

A maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento das condições crônicas e complicações decorrentes incluem detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis. A prevenção deve ser um componente precípuo em toda interação com o paciente (2003, p. 10).

A continuidade no tratamento das condições crônicas também é essencial. A atenção deve ser planejada e considerada no transcurso da condição crônica. Visitas de seguimento devem ser marcadas e as organizações devem ser pró-ativas na atenção aos pacientes com problemas crônicos. Permitir a manifestação de sintomas ou o aparecimento de complicações que podem ser prevenidas para induzir os pacientes a procurarem atendimento é dispendioso, ineficiente e ineficaz. Em contraste, a atenção planejada permite a detecção precoce de complicações e a rápida identificação do agravamento da situação de saúde do paciente.

A precocidade na detecção de alterações da condição de saúde do indivíduo é diretamente proporcional a capacidade técnica individual do prestador assistencialista, da equipe assistencial multidisciplinar quando necessária, que deve atuar de forma integrada e dentro dos preceitos de funcionamento do sistema de rede. Outros fatores preponderantes e coadjuvantes para o êxito dos diagnósticos são a sensibilidade e a especificidade dos recursos propedêuticos disponíveis para o uso nas investigações diagnósticas (OMS, 2003, p. 53-54).

Um sistema de saúde organizado deve estar estruturado para prestar atendimento aos usuários nos diferentes graus de complexidade dos casos. Para tal, faz-se também necessário, além de outros quesitos, o entendimento e o domínio conceitual das classificações das patologias pelo seu grau de gravidade, isto é, risco à vida, o que em determinadas situações faz a diferença na percepção e aplicação de ações de forma rápida e efetiva, que modificam substancialmente o curso de um

agravo para melhor, principalmente tratando-se de situações de urgência/emergência, além do que, proporcionará o planejamento estrutural e criação de protocolos assistenciais adequados para cada necessidade requerida pelo agravo assistido.

A definição precisa do que deve ser enquadrada como urgência, emergência e o necessário domínio da classificação das patologias cirúrgicas segundo seu grau de complexidade e, por conseguinte, a determinação do tratamento e do momento da execução do ato cirúrgico, permitem o planejamento por parte dos gestores no tocante a alocação de recursos financeiros, logística e a determinação dos locais de referência para a realização de cada tipo de cirurgia, trazendo como consequência um ordenamento da assistência, diminuição dos custos e aumento do índice de satisfação dos usuários do sistema de saúde.

Com o objetivo de tornar mais claro o entendimento da classificação dos tipos de intervenções cirúrgicas, segundo o grau de gravidade que a enfermidade se apresenta no momento do contato e da avaliação inicial do profissional assistente, faço definições sucintas abaixo, sobre cada uma delas em separado, iniciando o raciocínio pela denominação das patologias, seguindo-se pela definição das mesmas em função do aspecto clínico apresentado, uma vez que, o ato cirúrgico é definido; classificado e instituído, de acordo com o comportamento clínico da doença em questão. Acredito que esta forma de apresentação seja a mais didática.

Eletiva

Entendem-se como patologias cirúrgicas eletivas, as doenças que no momento da hipótese diagnóstica, não trazem risco imediato a vida, nem desconforto tal ao indivíduo, possibilitando uma investigação propedêutica programada, para elucidação diagnóstica, avaliação da condição clínica e preparo pré-operatório do paciente, com posterior marcação do dia, local e horário da realização do procedimento cirúrgico.

Semi-eletiva

Patologias cirúrgicas semi-eletivas englobam as que de imediato não demandam solução cirúrgica emergencial, permitindo medidas clínicas de suporte e contenção da progressão da enfermidade, porém as etapas descritas anteriormente,

devem ser agilizadas para que as mesmas não progridam para categorias de emergência, ou até mesmo urgência (SILVA, 1985).

Emergencial

As patologias cirúrgicas emergenciais requerem intervenção cirúrgica em caráter de urgência ou emergência, portanto, demandam uma ação imediata do profissional médico assistente e de toda equipe, pois está mais claramente definida, a condição de risco de vida do paciente, decorrente das complicações advindas da evolução do agravo previamente existente.

Em decorrência das exposições acima, podemos chegar a várias conclusões, sendo que algumas delas são: que a intervenção cirúrgica programada permite a alocação de recursos e insumos de forma planejada, segundo a demanda requerida; diminui o congestionamento hospitalar, pois permite o ordenamento das ações e serviços; melhora a qualidade do trabalho dos profissionais envolvidos na assistência; melhora a satisfação do usuário em relação ao serviço ofertado na rede, portanto, é uma ação facilitadora para otimização e melhoria da gestão (SILVA, 1985).

Considero importante explicar mais detalhadamente sobre os procedimentos cirúrgicos, embora não pretenda aprofundar, nem esgotar toda a questão nesta Dissertação. Para tal, busquei informações em trabalhos escritos sobre estes assuntos e passo a descrevê-los no tópico seguinte, de forma conceitual.

2.4.2 Conceituação dos procedimentos cirúrgicos de interesse para o estudo

O fato de alguns procedimentos cirúrgicos que podem e devem ser feitos de forma eletiva, poder gerar atendimentos de urgência/emergência, sugere um mau funcionamento dos níveis primário e secundário do sistema de saúde, que podem não estar diagnosticando a tempo e encaminhando os pacientes com suas patologias já em condições clínicas tais, que a intervenções cirúrgicas de urgência ou de emergência, passam a ser as melhores opções de abordagem resolutiva para esses estados patológicos.

As colocações acima são fundamentadas através da pesquisa no site do DATASUS, com busca no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), onde estão inseridos os dados de morbidade hospitalar de Macaé, que foram cruzados com o levantamento dos procedimentos cirúrgicos de interesse, percebendo-se uma incidência relevante destes procedimentos, os quais passaram a ser conceituados juntamente com as patologias que os originaram, de forma resumida, divididos em tópicos e por ordem de incidência já constatada e referida em item anterior:

Colecistectomia

Este procedimento consiste na retirada da vesícula biliar da cavidade abdominal, devido a acometimento patológico da mesma; as colecistopatias; que podem ser de origem inflamatória, infecciosa ou neoplásica (benigna ou maligna). A de maior ocorrência é a colecistite litiásica (cálculo), que incide mais em mulheres (80%) acima dos 40 anos, obesas e múltíparas, mas também em faixas etárias mais jovens e em homens. O quadro clínico se caracteriza inicialmente por dor abdominal em andar superior (hipocôndrio direito), tipo cólica, associada à ingestão de alimentos com teor de gordura, às vezes, irradiando para o dorso ou região subescapular. Com a evolução pode vir a ocorrer vômitos e até quadro febril.

O diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico e exames complementares: laboratoriais, RX simples de abdome e ultrassonografia abdominal, que apresenta melhor sensibilidade e especificidade.

A colecistectomia pode ser realizada de forma convencional (laparotomia) ou por videolaparoscopia, que é hoje a técnica operatória mais utilizada (PORTAL SÃO FRANCISO, Colecistite, p. 2).

Herniorrafia ou hernioplastia

Consiste na correção cirúrgica de hérnias, que são defeitos (rupturas) estruturais na musculatura da parede abdominal, por origem congênita ou adquirida, que propiciam a saída de vísceras ou apenas do saco peritoneal através das fibras musculares, que se tornam incapazes de manter as estruturas (vísceras) intrabdominais dentro da cavidade abdominal. Os tipos são: femorais, umbilicais, incisionais e inguinais, sendo as inguinais as mais freqüentes (75%).

Elas se apresentam como abaulamentos nas regiões de ocorrência, geralmente fazendo protrusão e tornando-se mais evidentes na maioria das vezes aos esforços físicos.

O quadro doloroso é pouco freqüente, porém, pode surgir com intensidade nos casos de complicação como encarceramento e estrangulamento, sendo que no caso de estrangulamento há um comprometimento da irrigação sangüínea.

As hernioplastias consistem na correção das alterações anatômicas presentes, sendo possível serem realizadas por técnica convencional (“aberta”) ou por videolaparoscopia, podendo ser utilizado nas duas técnicas, dependendo do caso, a colocação de próteses (telas) para reforço da parede muscular defeituosa (PORTAL SÃO FRANCISCO, Hérnia, parte 2).

Prostatectomia

É a remoção cirúrgica parcial ou total da próstata. Está indicada nos casos de tumores (câncer de próstata) ou quando a próstata se torna muito grande (hiperplasia benigna de próstata), a ponto de dificultar ou impedir totalmente o fluxo de urina através da uretra.

O câncer (ou neoplasia) ocorre quando as células do tecido prostático crescem sem controle e apresentam mutações. Esta patologia incide mais em homens com mais de 50 anos de idade. A sintomatologia pode se manifestar como dor, dificuldade em urinar, disfunção erétil e outros sintomas. Na evolução podem surgir metástases, que são focos neoplásicos em locais diferentes do inicialmente acometido pelo processo tumoral, que no caso do câncer de próstata, os principais alvos são os ossos e os linfonodos. O diagnóstico é feito através da história clínica; exame físico; ultrassonografia prostática; dosagem sangüínea do PSA (Antígeno Prostático Específico) e confirmado através de análise histopatológica de biópsias realizadas em próstatas suspeitas. As opções terapêuticas são: cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, protonterapia ou alguma combinação destes. No caso da cirurgia pode ser realizada por via supra púbica, perineal e raramente por via trans uretral.

A hiperplasia benigna da próstata refere-se ao aumento glandular, porém de forma benigna, isto é, sem mutação celular, levando a alterações do fluxo miccional. As manifestações clínicas são denominadas no conjunto como sintomas do trato

urinário inferior (LUTS), que incluem sintomas obstrutivos e irritativos, os quais são: hesitância, intermitência, esvaziamento incompleto da bexiga, jato fraco de urina, polaciúria, que é o aumento da freqüência de urinar, chamado de noctúria quando ocorre à noite, e urgência (necessidade de esvaziar a bexiga que não pode ser protelada). O processo geralmente se inicia em homens com mais de 40 anos de idade. O diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico (toque retal), exames laboratoriais (dosagem do PSA) e ultrassonografia prostática transretal. O tratamento pode ser clínico, através do uso de medicamentos e mudanças comportamentais, ou utilizando a abordagem cirúrgica pode ser realizada por via abdominal (laparotomia) ou por via transuretral, a cirurgia de ressecção transuretral da próstata (SABISTON, 2005).

Postectomia

Também chamada de circuncisão, consiste na retirada cirúrgica do prepúcio, que é o tecido que recobre a glândula do pênis. Geralmente é aplicada em casos de fimose, que é o estreitamento anelar da parte distal do prepúcio, que impede a exposição da glândula ou em parafimose, na qual ocorre exposição da glândula, porém esta fica aprisionada (estrangulada) no estreitamento, podendo haver comprometimento da irrigação sanguínea. Os sintomas quando presentes manifestam-se como dificuldade ou dor ao urinar; dor local durante a relação sexual; inchaço da glândula (edema) e até inflamações ou infecções locais. É rara a ocorrência de câncer de pênis em homens circuncidados (SMITH, Urologia Geral, 1985, p. 476-477).

Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

É uma técnica endoscópica utilizada para estudar os ductos da vesícula biliar, pâncreas e fígado. Utiliza um endoscópio e através da injeção de contraste e visualização radiológica os ductos são avaliados. Tem aplicação diagnóstica e terapêutica nos casos de obstrução destes ductos, tanto de origem maligna ou benigna. A aplicabilidade clínica e terapêutica enquadram-se nos casos de: icterícia e malignidade; estadiamento de lesões para definição dos casos cirúrgicos ou não cirúrgicos; colocação de prótese pré-operatória; diagnóstico histopatológico e palição (COTTON; WILLIAMS, 1998, cap. 6-8).

Exerese de granulomas

Técnica em que se realiza a extirpação de lesões granulomatosas, que se caracterizam por formações focais, de aspectos tumorais (granulomas), geralmente arredondadas (nodulares), compostas de células mononucleares, às vezes estando também presentes outros aspectos morfológicos, tais como: necrose ou infiltração com outros leucócitos. Representa uma maneira geral uma resposta imunológica de macrófagos a agentes inanimados ou animados. Podem ocorrer em sítios variados do corpo humano (VASCONCELOS, 2000).

A definição desta patologia foi feita de forma geral, pois foi observado durante o levantamento dos procedimentos no livro de Registro de Pacientes do Centro Cirúrgico do HPM, que a denominação do ato cirúrgico por vezes, não designava o local acometido, somente o nome da cirurgia.

A estratégia e a técnica cirúrgica a serem adotadas são dependentes do local acometido, não sendo objetivo deste item e nem desta Dissertação, aprofundar esta questão, por não fazer parte dos objetivos do presente estudo.

O Quadro 1, a seguir, estabelece uma correspondência entre os procedimentos analisados, os capítulos da CID-10 e as especialidades médicas.

PROCEDIMENTO	CAP. DO CID-10		ESPECIALIDADE MÉDICA
	CAP.	DESCRIÇÃO	
Colecistectomia	Cap. XI	Doenças do Aparelho Digestivo	Cir Geral
	Cap. II	Neoplasias	
Hernioplastia e/ou Herniorrafia	Cap XI	Doenças do Aparelho Digestivo	Cir Geral
Prostatectomia	Cap XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	Urologia
	Cap. II	Neoplasias	
Postectomia (Fimose)	Cap XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	Urologia
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica	Cap XI	Doenças do Aparelho Digestivo	Gastroenterologista/ Endoscopista
	Cap. II	Neoplasias	
Exerese de granuloma	Cap XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	Cir Geral

QUADRO 1: CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE INTERESSE DO ESTUDO, CAPÍTULOS DA CID 10 E ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Fonte: Elaboração própria, com validação pela técnica Delphi.

Pelo menos três procedimentos, podem envolver neoplasias, o que foi impossível de levantar pelos livros de ocorrência cirúrgica, devido à brevidade das descrições utilizadas. Excetuando o Capítulo II, são apenas três outros capítulos envolvidos e cinco especialidades envolvidas.

3 OBJETIVOS E MÉTODOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a integração entre os níveis secundário e terciário da rede SUS de Macaé no tocante ao diagnóstico e a triagem de intervenções cirúrgicas, com foco nas intervenções emergenciais em patologias cirúrgicas que deveriam ter tratamento eletivo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e dimensionar procedimentos cirúrgicos, relacionados com patologias que deveriam ser tratadas de forma eletiva e que, por agudizarem, acabam sendo tratadas em regime de urgência ou emergência;
- Analisar as possíveis relações entre ocorrência de cirurgias de urgência em patologias que deveriam ser tratadas de forma eletiva e a oferta de consultas especializadas no nível secundário do SUS.

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo analisou o Sistema Único de Saúde do Município de Macaé, envolvendo as Unidades da rede SUS, isto é, conveniadas que são: Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva (unidade de urgência e emergência); Hospital São João Batista (unidade que atende as cirurgias eletivas e semi-eletivas); Centro de Especialidades Moacir Santos (Macaé-RJ) e o Centro de Saúde Jorge Caldas (nível secundário de assistência à saúde).

Uma vez que, o Hospital Público Municipal foi a principal unidade para obtenção dos dados que deram origem a esta Dissertação, resolvi caracterizá-lo de forma mais detalhada. Foi criado pela lei nº 2.362/2003, sendo que sua gestão se dá através de uma Fundação Pública Municipal, integrando-se indiretamente a Administração Pública do Município de Macaé, destinando-se ao tratamento de saúde de caráter terciário, nas áreas de: cirurgia; clínica e materno-infantil (LEI nº 2.362/2003). Quanto aos serviços oferecidos, a citação abaixo, retirada do site da Prefeitura Municipal de Macaé, elucida esta questão:

Serviços oferecidos: Emergência; Pronto-atendimento; Centro Cirúrgico (04 salas de cirurgia); Centro Obstétrico (02 salas de cirurgia); Terapia Intensiva (Adultos/Pediátrico/Neonatal); Recuperação Pós-Anestésica (C. Cirúrgico/C. Obstétrico); Salão de Politrauma; Maternidade e Berçário Intermediário; Enfermaria de clínica médica e cirúrgica; Central de esterilização; Cartório; Núcleo de Vigilância; Farmácia; Ouvidoria; Ambulatório; Possui 19 especialidades médicas atendendo todos os dias por 24 horas: Clínica Médica; Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrico e Neonatal); Pediatria; Obstetrícia; Cirurgia Geral; Ortopedia; Neurocirurgia; Cirurgia Plástica; Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Cirurgia Vascular; Anestesia; Urologia; Radiologia; Hemoterapia; Psiquiatria; Nefrologia; Infectologia e Cirurgia Bucomaxilofacial. Possui serviços especializados como: Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Enfermagem; Farmácia; Psicologia; Terapia Ocupacional; Serviço Social; Capelania; Ouvidoria e Brinquedoteca. Apoio diagnóstico: Patologia Clínica, Radiologia, Tomografia Computadorizada, Ultra-sonografia, Endoscopia Digestiva, Eletrocardiograma e Broncoscopia. Como serviços externos contratados possui: Hemodinâmica, Hemodiálise, Ecodoppler, Hiperbárica e Ressonância Nuclear Magnética. Atendimento 24 horas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ, 2004).

A pesquisa para atingir seus objetivos utilizará métodos quantitativos e qualitativos, os quais serão descritos resumidamente.

3.4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Ao desenvolver este trabalho foi necessário fazer uma opção pela não extensão da análise ao nível primário de atenção, inclusive a saúde da família, porque não havia como correlacionar os pacientes atendidos no hospital com sua referência em unidades de atenção primária. Isto se deve aos seguintes fatores: ausência de implantação do Cartão SUS no Município de Macaé e nos municípios vizinhos; ausência de registro na documentação do hospital sobre o percurso do paciente no sistema de saúde; e a inexistência de prontuário eletrônico que poderia

permitir o rastreamento da procedência dos pacientes. Esta questão foi debatida exaustivamente nas disciplinas de Seminário de Pesquisa, toda vez que o projeto que levou a esta dissertação foi apresentado e debatido. Tal opção foi apoiada pelos professores das respectivas disciplinas, além do meu orientador, porém alguns dados sobre a atenção primária do município foram levantados no site da Prefeitura Municipal de Macaé e cruzados com dados obtidos no site do IBGE, sendo apresentados a seguir:

- Existem 30 unidades de Saúde da Família implantadas no município.
- A população de Macaé no censo 2009, segundo o IBGE é de 194.413.

Deduz-se, portanto, que a cobertura da ESF no município de Macaé é de aproximadamente 54%.

A pesquisa combinará procedimentos quantitativos e qualitativos, descritos a seguir:

3.4.1 Levantamento da produção cirúrgica

O primeiro procedimento quantitativo foi o levantamento dos livros de "Registro de Pacientes do Centro Cirúrgico" do Hospital Público de Macaé Dr. Fernando Pereira da Silva. Desses livros foram identificados os procedimentos cirúrgicos realizados e que se enquadravam com a proposta de avaliação desta Dissertação, bem como as patologias que eram registradas como causadoras dos quadros clínicos que necessitaram intervenções cirúrgicas para suas resoluções. Estas patologias foram selecionadas (ver abaixo) e classificadas de acordo com os três primeiros dígitos da Classificação Internacional de Doenças, Capítulo 10 (CID-10) e o procedimento cirúrgico segundo a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), 5ª Edição.

As patologias de interesse do estudo selecionadas como causas (etiologias) das cirurgias são relacionadas abaixo, por ordem decrescente de ocorrência:

- Colecistite litiásica;

- Hérnias;
- Hiperplasia prostática;
- Fimose;
- Obstrução das vias biliares; e
- Granulomas¹.

O universo das cirurgias a serem levantadas e analisadas é apresentado na Tabela y, a seguir, que mostra um total de 7.812 cirurgias de interesse no período selecionado para o estudo.

TABELA 3: RELAÇÃO DOS LIVROS DE REGISTRO DE CIRURGIA PESQUISADOS, COM NÚMERO DE FOLHAS DE REGISTRO E DE CIRURGIAS, 2005-2008.

LIVRO	PERÍODO		Nº DE FOLHAS	Nº DE CIRURG.
	INÍCIO	FINAL		
1 (*)	01/01/05	25/03/05	153	612
2	25/03/05	15/07/05	200	800
3	06/12/05	28/03/06	200	800
4	07/04/06	15/08/06	200	800
5	15/08/06	10/12/06	200	800
6	10/12/06	27/09/07	500	2.000
7	27/09/07	11/08/08	500	2.000
Total			1.953	7.812

Fonte: livros de "Registro de Pacientes do Centro Cirúrgico" do Hospital Público de Macaé Dr. Fernando Pereira da Silva.

(*) Como o livro inicia em 01/12/04, foram eliminadas todas as cirurgias que começaram antes de 01/01/2005.

A seguir foram identificadas no universo das patologias de interesse levantadas, as que representam a maior proporção em ocorrência, através de distribuição de frequência simples. No prosseguir da pesquisa retirei dados com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre a oferta de consultas e procedimentos propedêuticos diagnósticos especializados existentes nas unidades de atenção secundária à saúde do Município, relacionados com as patologias selecionadas para o estudo que evoluíram para tratamento cirúrgico emergencial. Esses dados foram comparados com o que é preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.1001/02 (parâmetros assistenciais), permitindo uma análise prévia da realidade e da qualidade da rede de assistência oferecida à população de Macaé,

A ocorrência de uma frequência elevada de cirurgias de "granuloma" oferece um problema, porque o termo é genérico, podendo ocorrer em diversas partes do corpo e ser objeto de cirurgia por diferentes especialidades, de acordo com sua localização. Como não havia em todas as descrições dos livros uma especificação dos sítios cirúrgicos, nem uma associação entre o termo e a especialidade cirúrgica, neste trabalho considerou-se que tais ocorrências estavam associadas às especialidades de Cirurgia Geral e Dermatologia, por conta dos profissionais citados serem de uma das duas especialidades. Os respondentes do Estudo Delphi também respaldaram esta opção.

segundo esta óptica. Posteriormente foi feito o cruzamento dos dados das patologias cirúrgicas mais prevalentes entre as selecionadas para o estudo com a oferta da rede de atenção secundária à saúde.

3.4.2 Validação das cirurgias de interesse e de sua correspondência com a CID-10 e as especialidades médicas (estudo Delphi)

Para procurar validar a seleção e a escolha das cirurgias do estudo, foi escolhido utilizar uma adaptação do método, ou técnica Delphi: Este método é, de forma resumida, um instrumento utilizado geralmente para previsões e para outros estudos qualitativos e temas onde não há consensos prévios. A utilização desse método é apropriada quando há uma carência de dados históricos quantitativos sobre determinada situação de interesse de estudo. Uma boa definição do mesmo é:

Conceitualmente, o método Delphi é bastante simples, pois trata-se de um questionário interativo, que circula repetidas vezes entre um grupo de peritos, preservando o anonimato das respostas individuais. Na primeira rodada, os especialistas recebem um questionário [...] são solicitados a responder, usualmente com respostas quantitativas, apoiadas por justificativas e informações qualitativas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000, p. 55).

Normalmente requer a aplicação de, no mínimo, dois (02) inquéritos (rounds) interativos em forma de questionários a um grupo de especialistas, com conhecimento na área de interesse do estudo, de forma individual e isolada, resguardando o sigilo de origem das respostas, no tocante a identificação dos entrevistados, isto é, o anonimato. Procura-se com isto, estabelecer um levantamento da opinião e do pensamento dos participantes entrevistados, com o objetivo de estabelecer a tendência e o consenso dos mesmos, sobre determinado assunto.

Após o primeiro round os resultados são avaliados, computados e apresentados os resultados aos participantes em outro questionário, juntamente com novas perguntas. Findado o processo, é feita nova avaliação e compilação das respostas e posterior determinação da mediana das respostas. Neste trabalho, foi feita uma adaptação do método, utilizando-se dois pequenos questionários (ANEXO

2) aplicados a um total de quatro (4) painelistas, selecionados entre médicos que ocupam posições de gerência e coordenação do SUS de Macaé. Como houve uma grande convergência das respostas dos participantes optou-se por realizar apenas um *round*, com dois instrumentos mencionados.

3.4.3 Estimativa das necessidades de consultas especializadas pelos parâmetros oficiais

A análise da relação entre oferta e necessidades foi feita com base nos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002. O item 2 desta Portaria estabelece como parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial para as consultas especializadas a proporção de 22% do total das consultas. Para proceder à análise foram selecionadas as especialidades que, segundo a Portaria, devem oferecer um número mais elevado de consultas (acima de 2% do total das consultas). São as seguintes as especialidades que estão neste caso, com os seus respectivos percentuais em relação ao total de consultas: Cardiologia (2%); Cirurgia-Geral (2,3%); Oftalmologia (2,8%); Psiquiatria (2,2%); e Traumatologia-ortopedia (2,9%). O procedimento adotado comparou a necessidade, calculada com base nos parâmetros acima, com a oferta existente na rede, apurada com base em levantamento realizado junto à SMS e junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, disponibilizado no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O cálculo da oferta das consultas especializadas considerou as duas unidades secundárias de referência do Município, que são o Centro de Especialidades Moacyr Santos (SEM) e o Centro de Saúde Jorge Caldas (CSJC). Tal cálculo foi feito a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerou todas as especialidades, adequando-as à relação da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, e considerando: a realização de 3 consultas por hora de trabalho, 4,2587 semanas por mês e 11 meses de trabalho por ano para cada

profissional. Tabelas com as estimativas específicas para cada uma das unidades secundárias encontram-se no Apêndice 1.

É importante observar, no entanto, o que aponta o texto preliminar da Portaria:

Parágrafo único. Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, **podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras** [grifos nossos] (Art. 1º).

Desta forma, procurei adequar às estimativas de necessidades, com base em dados epidemiológicos da morbidade hospitalar no município, como indicado a seguir.

3.4.4 Adequação da estimativa das necessidades de consultas especializadas com base na morbidade hospitalar

Para procurar adequar as estimativas das necessidades de consultas especializadas, feitas com base na Portaria GM/MS nº 1.101/2002 procurei utilizar os dados de morbidade hospitalar, com base no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. É necessário antes de prosseguir fazer algumas observações de caráter metodológico em relação a esta fonte de dados.

Uma boa descrição do SIH, como base de dados para pesquisas foi feita por Lobato, Reichenheim e Coeli:

No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) é uma base pública que disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, respondendo pelo registro de mais de 11 milhões de internações por ano, o que representa cerca de 80% do total de internações no país. Todo o seu funcionamento é baseado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento que envolve um conjunto de dados referentes à identificação do paciente e à internação. A característica básica desse sistema é o pagamento prospectivo das internações, e o reembolso é realizado pelo mecanismo de remuneração fixa por procedimento, cuja unidade é o Procedimento Realizado. Por ser a única fonte nacional de informações sobre morbidade hospitalar, algumas aplicações do SIH-SUS na Saúde Pública têm sido apontadas. (LOBATO; REICHENHEIM; COELI, 2008, p. 606-607).

Bittencourt, Camacho e Leal (2006) fizeram uma ampla análise da forma com que os dados do SIH vêm sendo utilizados em pesquisas na saúde coletiva, procurando discutir a validade do seu uso, em função da qualidade da entrada de seus dados e da qualidade dos prontuários. Os principais trechos dos resultados desse estudo são reproduzidos abaixo:

É importante destacar o crescimento da utilização dos dados do SIH/SUS na Saúde Coletiva em número, abrangência, diversidade de conteúdos e complexidade de análise. [...] O predomínio das análises descrevendo padrões de morbidade das hospitalizações, certa forma indica o caráter exploratório dos estudos.

[...]

Os maiores problemas de confiabilidade dos dados do SIH/SUS estão relacionados ao diagnóstico na internação, por conta da precariedade das informações no prontuário do paciente, dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças e às fraudes para aumentar o reembolso financeiro das internações. Por cautela, vários autores têm categorizado o diagnóstico principal em capítulos ou grupos de causa, em vez da condição específica, de confiabilidade ainda menor (p. 23-24).

[...] os resultados acima apontam que o ceticismo quanto à aplicação de dados administrativos na avaliação da assistência hospitalar não é totalmente justificado (p. 26).

Como os textos citados acima apontam, mesmo podendo haver ressalvas em relação à confiabilidade dos dados do SIH, tal sistema constitui a base mais ampla de consulta e, apesar dos possíveis problemas que apresenta, é a mais confiável à disposição dos pesquisadores. Desta forma procurei adequar os parâmetros oficiais (PORTARIA GM/MS nº 1.101/2002), com base nos dados epidemiológicos de morbidade hospitalar obtidas do SIH.

Os dados de morbidade hospitalar foram levantados do sistema Tabnet, do sítio da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) do Rio de Janeiro, para os anos de 2004 a 2007, considerando-se as internações por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para os internos residentes no município de Macaé (APÊNDICE 3). As internações mais prevalentes referem-se aos capítulos XV (Gravidez, Parto e Puerpério) e X (Doenças do Aparelho Respiratório), ambas foram excluídas do estudo por não terem correspondência com os procedimentos cirúrgicos de interesse do estudo.

A seguir foram elaboradas tabelas estatísticas que relacionaram os dados de estimativas de necessidades e do cálculo de oferta de consultas (tratados no item anterior), com a morbidade hospitalar, procurando-se correlacionar as causas de

internação por capítulo da CID-10, com as especialidades e os procedimentos cirúrgicos, validada com base no primeiro instrumento da técnica Delphi aplicada.

3.4.5 Resumo dos métodos e procedimentos

Este estudo, motivado pela percepção inicial de que intervenções cirúrgicas emergenciais realizadas no Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva (HPM), estavam sendo efetuadas em patologias de ocorrência prévia, as quais poderiam e deveriam ser realizadas de forma eletiva, iniciou-se pela identificação e levantamento quantitativo da ocorrência destas abordagens cirúrgicas, pesquisando-se os livros de “Registro de Pacientes do Centro Cirúrgico” do HPM, no período de 01/01/2005 à 11/08/2008. Após findar o levantamento destes dados, os mesmos foram compilados e ordenados por freqüência de ocorrências.

Os atos e os momentos da pesquisa a partir de agora relatados abaixo, não são descritos em uma seqüência ordenada de realização, pois alguns têm simultaneidade temporal, além de eu não considerar essa informação sobre o momento preciso de cada pesquisa, um dado relevante, que prejudique o entendimento e a crítica sobre esta Dissertação. Foram os seguintes os procedimentos utilizados:

- Levantei o número de habitantes de Macaé, através de pesquisa no site do IBGE, sendo coletada a informação do período de 2005 a 2008;
- Consultei a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 para saber o que é determinado pela mesma, em relação à oferta e a necessidade de consultas médicas especializadas, relacionadas com as patologias diagnosticadas, que motivaram as cirurgias emergenciais de interesse do estudo;
- Com pesquisa realizada no site do DATASUS, foram obtidos e trabalhados dados referentes à: morbidade hospitalar do Município de Macaé no período de 2007, com informações das patologias diagnosticadas, que motivaram as internações hospitalares e os municípios de origem dos pacientes;

- Ainda neste mesmo site, através de consulta ao CNES, foram exploradas e retiradas as informações sobre o número de profissionais atuantes nas unidades de atenção secundária à saúde no município de Macaé e a quantidade de consultas realizadas no geral, porém com interesse voltado para as especialidades médicas afins as patologias e aos procedimentos de interesse do estudo, previamente selecionados;

- Usando como referência a tabela CBHPM (5ª Edição) e a CID 10, os procedimentos cirúrgicos e as patologias selecionadas, foram codificadas;

- Estabeleci uma correlação entre: as patologias descritas como causas principais dos quadros clínicos, que foram determinantes para as indicações cirúrgicas, com os procedimentos cirúrgicos realizados e as especialidades médicas afins;

- Com o intuito de validar estas correlações, foi utilizado o método Delphi, no qual apliquei um questionário a um grupo de especialistas (painelistas) para obter um consenso de opiniões sobre as inter-relações por mim propostas;

- Apropriei-me desses dados acima mencionados e elaborei algumas tabelas correlacionando-os entre si, criando com isso, ferramentas de análise, que foram usadas para que fenômenos fossem apreciados e interpretados, favorecendo e respaldando as conclusões que serão feitas no tópico específico (Considerações finais) desta Dissertação.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 A REDE SUS EM MACAÉ

O Município de Macaé, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do SUS do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2001) encontra-se na microrregião Norte 1 (N1) que compreende os municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã que totalizam 172.575 habitantes e formam três Módulos Assistenciais. O primeiro módulo é composto pelo município de Macaé, que possui 131.550 habitantes (FIGURA 1).

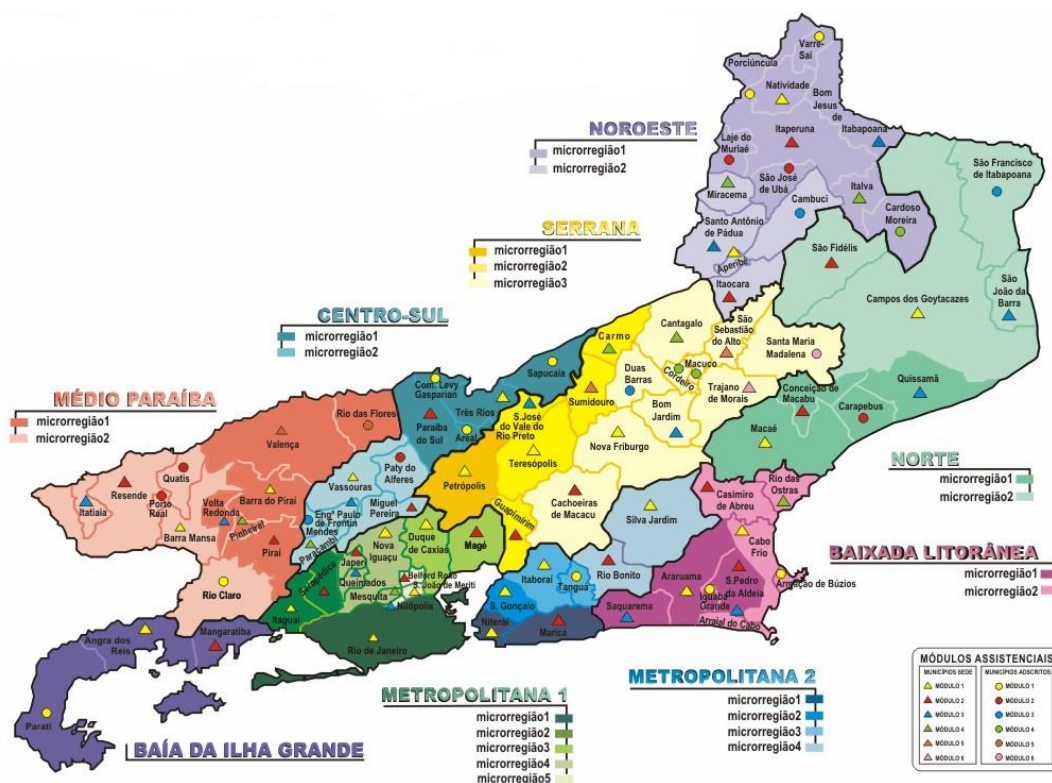


FIGURA 1: PDR DO RIO DE JANEIRO, 2004.

O total de leitos cadastrados ao SUS é de 269, distribuídos pelas seguintes especialidades: Clínica Médica (49,44%), Clínica Cirúrgica (20,45%), Clínica Obstétrica (20,45%) e Fora de Possibilidade Terapêutica (9,67%). Macaé referencia

procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacases e Petrópolis e de média complexidade para Campos dos Goytacases, Niterói e Rio de Janeiro.

O segundo Módulo assistencial (N I.2), corresponde aos Municípios de Conceição de Macabu e Carapebus, tendo a sede no primeiro. A população deste módulo é de 27.357 habitantes. O total de leitos cadastrados ao SUS é de 101, todos em Conceição de Macabu. Os procedimentos de alta complexidade são encaminhados para Campos dos Goytacases e de média complexidade para Campos dos Goytacases e Quissamã. Conceição de Macabu tem 18.706 habitantes. Referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacases e de média complexidade para Campos dos Goytacases e Rio de Janeiro.

O terceiro Módulo assistencial (N I.3) é o do Município de Quissamã, tendo 13.668 habitantes, contando com 40 leitos, assim distribuídos: 17,50% na Clínica Cirúrgica, 2,50 na Reabilitação, 37,50% na Clínica Médica, 12,50% na Clínica Obstétrica, 25% na Pediatria, 2,50% na Psiquiatria e 2,50% na Tisiologia. Quissamã referencia procedimentos de alta e média complexidade para Campos dos Goytacases.

A tabela 4, abaixo, apresenta as principais causas de internação hospitalar em Macaé, de acordo com a CID-10. Como se pode ver, a grande maioria dos pacientes (95%) que se interna na rede hospitalar de Macaé são oriundos do próprio Município. As principais causas de internação são pela ordem: Capítulo XV (Gravidez, Parto e Puerpério); Capítulo X (Doenças do Aparelho Respiratório); Capítulo II (Neoplasias); Capítulo XI (Doenças do Aparelho Digestivo); e Capítulo XIX (Doenças do Aparelho Geniturinário), que somam 52% das causas de internação no Município. Pelo menos dois desses grupos de causas estão relacionados diretamente com as cirurgias de interesse de estudo: capítulos XI (colecistectomia e colangiopacreatografia retrógrada endoscópica) e XIX (prostatectomia e postectomia); além disso, algumas dessas cirurgias tem a ver, pelo menos indiretamente com neoplasias (CAPÍTULO II), outra das principais causas de internação.

TABELA 4: MACAÉ, PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE HOSPITALAR, 2007.

MUNICÍPIO RESID.	CAP XV	CAP X	CAP II	CAP XI	CAP XIX	OUTROS	TOTAL	%
Macé	944	865	694	691	585	3.153	5.988	94,99
Norte MR 1 (sem Macaé)	28	15	37	40	21	85	198	3,14
Carapebus	28	9	36	38	17	75	175	2,78
Conceicao de Macabu	-	5	-	1	2	9	17	0,27
Quissama	-	1	1	1	2	1	6	0,10
Norte MR 2	-	1	-	2	2	3	8	0,13
Campos dos Goytacazes	-	1	-	2	1	3	7	0,11
Sao Fidelis	-	-	-	-	1	-	1	0,02
Noroeste	-	-	-	-	1	1	2	0,03
Itaperuna	-	-	-	-	1	-	1	0,02
Miracema	-	-	-	-	-	1	1	0,02
Baixada Litorânea	5	13	2	3	16	26	60	0,95
Araruama	-	-	1	1	-	-	2	0,03
Cabo Frio	-	1	-	-	3	3	7	0,11
Iguaba Grande	-	-	-	-	1	-	1	0,02
Casimiro de Abreu	1	2	-	1	3	5	11	0,17
Rio das Ostras	4	10	1	-	8	16	35	0,56
Sao Pedro da Aldeia	-	-	-	1	1	2	4	0,06
Outros	2	4	2	7	16	19	48	0,76
TOTAL	979	898	735	743	641	3.287	6.304	100,00
Part. % do Cap no Total	15,53	14,24	11,66	11,79	10,17	52,14	100,00	

Fonte: DATASUS, 2007.

4.2 A PRODUÇÃO DE CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO

A tabela 5, a seguir apresenta levantamento das cirurgias de interesse do estudo e o total de cirurgias.

TABELA 5: HPM, NÚMERO DE CIRURGIAS DE INTERESSE E TOTAL DE CIRURGIAS, 2004-2007.

LIVRO	CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO	TOTAL DE CIRURGIAS	%
Livro 1	64	612	10,46
Livro 2	101	800	12,63
Livro 3	77	800	9,63
Livro 4	40	800	5,00
Livro 5	42	800	5,25
Livro 6	109	2000	5,45
Livro 7	64	2000	3,20
Total	497	7812	6,36

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento dos livros cirúrgicos (2004 a 2007).

No período considerado, houve 497 cirurgias de interesse, correspondendo a 6,36% do total das cirurgias realizadas no Hospital.

A tabela 6, a seguir, apresenta a frequência das cirurgias de interesse no período considerado.

TABELA 6: HPM, OCORRÊNCIA DAS CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO, POR TIPO, NÚMERO E PROPORÇÃO (%), 2004-2007.

CIRURGIA PRINCIPAL	TOTAL	%	% ACUM.
Colecistectomia	198	39,84	39,84
Hernioplastia e/ou Herniorrafia	159	31,99	71,83
Prostatectomia	27	5,43	77,26
Postectomia (Fimose)	26	5,23	82,49
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica	24	4,83	87,32
Exerese de granuloma	21	4,23	91,55
Outras	42	8,45	100,00
Total	497	100,00	-

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento dos livros cirúrgicos (2004 a 2007).

Como se pode ver prevaleceram amplamente as colecistectomias e as hernioplastias, que em conjunto representaram mais e 71% do total das cirurgias de interesse. Somando às mesmas às prostatectomias e postectomias, chega-se a um percentual acumulado de mais de 82% das cirurgias de interesse. É importante destacar aqui que esses quatro procedimentos correspondem principalmente a duas especialidades (Gastroenterologia e Urologia), no caso das fimoses, pode-se acrescentar a Pediatria para a maioria dos casos.

4.3 VALIDAÇÃO DA SELEÇÃO DE CIRURGIA DE INTERESSE (ESTUDO DELPHI)

A tabela 7, a seguir, apresenta o resultado do estudo Delphi a respeito da correspondência entre as cirurgias estudadas de maior ocorrência no HPM e as especialidades médicas.

TABELA 7: RESULTADO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DO ESTUDO DELPHI SOBRE A CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS CIRURGIAS DE INTERESSE E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS

CIRURGIA DE INTERESSE + FREQUENTES	ESPECIALIDADES	CONCORDO (%)	DISCORDO (%)
Colecistectomia	Cir Geral	100,0	-
Hernioplastia e/ou Herniorrafia	Cir Geral	100,0	-
Prostatectomia	Urologia	100,0	-
Postectomia (Fimose)	Urologia	100,0	-
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica	Gastroenterologista/ Endoscopista	100,0	-
Exerese de granuloma	Cir Geral	100,0	-

Fonte: Elaboração própria, com base na apuração.

Como se pode ver, houve unanimidade entre os participantes a respeito da associação feita por mim neste Estudo entre os procedimentos cirúrgicos e as especialidades correspondentes.

A tabela 8, a seguir, apresenta a opinião dos participantes, ou painelistas do estudo Delphi a respeito da relação entre as principais causas de internação e as cirurgias de interesse desta Dissertação.

TABELA 8: RELAÇÃO ENTRE ALGUMAS DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO E AS CIRURGIAS DE INTERESSE DE ESTUDO (DELPHI)

CAP. CID 10		RELAÇÃO COM CIRURGIAS DE INTERESSE DO ESTUDO (*)	
		A	B
Cap I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Cap II	Neoplasias (Tumores)	3	
Cap III	Doenças Sangue Órgãos hemat e Transt Imunitár		
Cap IV	Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas		
Cap V	Transtornos Mentais e Comportamentais		
Cap VI	Doenças do Sistema Nervoso		
Cap VII	Doenças do Olho e Anexos		
Cap VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide		
Cap IX	Doenças do Aparelho Circulatório		
Cap XI	Doenças do Aparelho Digestivo	1	5
Cap XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	6	
Cap XIII	Doenças Sist Osteomuscular e Tec Conjuntivo		
Cap XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	3	4
Cap XVI	Algumas Afec originadas no Período Perinatal		
Cap XVII	Malf Cong Deformid e Anomalias Cromossômicas		
Cap XVIII	Sint Sinais e Achad Anorm Ex Clín e Laborat		
Cap XIX	Lesões Enven e Alg Out Conseq Causas Externas		
Cap XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade		

Fonte: Elaboração própria, a partir da CID-10 e das respostas dos painelistas ao questionário.

(*): Os números no quadro correspondem a: 1)Colecistectomia; 2) Hernioplastia e/ou Herniorrafia; 3) Prostatectomia; 4) Postectomia (Fimose); 5) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; e 6) Exereses de granuloma

Como se pode ver, não houve uma tendência clara entre os participantes quanto à classificação na CID-10 de uma única cirurgia de interesse, que é a hernioplastia, ou herniorrafia. Houve uma grande dispersão nas respostas – tendo sido feitas referências a quatro diferentes capítulos da CID-10: Doenças do Aparelho Digestivo (Cap. XI); Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (Cap. XII); Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (Cap. XIII); e Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (Cap. XX).

Cabe mencionar que a maior parte das hérnias operadas no HPM é da parede abdominal, o que não deveria dar margem à dispersão das respostas que

ocorreu. Afinal, a definição de hérnia é bastante clara, como se pode ver, tanto na definição abaixo, encontrada na internet:

Hernia: A general term referring to a protrusion of a tissue through the wall of the cavity in which it is normally contained. More specifically, a hernia often refers to an opening or weakness in the muscular structure of the wall of the abdomen. This defect causes a bulging of the abdominal wall. This bulging is usually more noticeable when the abdominal muscles are tightened, thereby increasing the pressure in the abdomen (Medicinenet.com).

Outra definição bastante clara foi encontrada em blog brasileiro:

Por definição Hérnia é ruptura; protusão de um órgão ou de uma estrutura através da parede da cavidade que normalmente o contém [...]. Na cavidade abdominal encontram-se os intestinos, o estômago, o fígado e outros órgãos, que são mantidos no lugar por aponeuroses, músculos e pele com áreas fechadas por ossos. Quando ocorre um enfraquecimento desta parede, as estruturas dentro do abdômen tendem a deslizar para o orifício criando uma protusão visível ao portador (gotadevidro.blogspot.com).

As definições acima estão em consonância com o que é descrito como citação abaixo, retirada de um tratado médico de cirurgia:

O termo “hérnia” deriva do latim e significa ruptura. Uma hérnia é definida como uma protusão anormal de um órgão ou tecido através de um defeito nas suas paredes adjacentes. Embora as hérnias possam ocorrer em vários locais do corpo, elas são encontradas com mais frequência na parede abdominal, particularmente na região inguinal. As hérnias da parede abdominal só ocorrem nos locais em que a aponeurose e a fáscia não são cobertas por músculo estriado. Estes locais incluem mais comumente as regiões inguinal, femoral e umbilical, a linha Alba e a porção inferior da linha semilunar, além de sítios de incisão prévia (SABISTON, 2005, p. 1199).

Com esta única exceção, os participantes do pequeno estudo Delphi realizado deram sustentação à seleção das cirurgias feitas nesta Dissertação e sua associação com os capítulos da CID-10.

4.4 NECESSIDADE E OFERTA DE SERVIÇOS SECUNDÁRIOS (PARÂMETROS OFICIAIS)

A tabela 9, a seguir, apresenta um cálculo das necessidades de número de consultas e de médicos por especialidades, de acordo com os parâmetros fixados pela Portaria do Ministério da Saúde.

TABELA 9: MACAÉ, ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS PARA 2008

07.2 CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	PARÂMETRO RECOMENDADO (MÁXIMO)	Nº. DE CONSULTAS	Nº. MÉDICOS NECESSÁRIOS*
Alergologia	0,0020	1.006	0,36
Cardiologia	0,0200	10.064	3,56
Cir. Geral	0,0230	11.573	4,09
Dermatologia	0,0110	5.535	1,96
Angiologia	0,0020	1.006	0,36
Endocrinologia	0,0040	2.013	0,71
Gastroenterologia	0,0070	3.522	1,25
Hematologia	0,0010	503	0,18
Medicina física	0,0120	6.038	2,13
Nefrologia	0,0010	503	0,18
Neurocirurgia	0,0010	503	0,18
Neurologia	0,0120	6.038	2,13
Oftalmologia	0,0280	14.089	4,98
Oncologia	0,0030	1.510	0,53
Otorrinolaringologia	0,0150	7.548	2,67
Proctologia	0,0020	1.006	0,36
Psiquiatria	0,0220	11.070	3,91
Reumatologia	0,0040	2.013	0,71
Tisiopneumologia	0,0100	5.032	1,78
Traumato-ortopedia	0,0290	14.593	5,16
Urologia	0,0090	4.529	1,60
Outros	0,0050	2.516	0,89
Total	0,2230	112.213	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101 e da estimativa da população para 2008 (167.732 hab.), DATASUS.

* Para estimar o número considerou-se: turno de 20h semanais; 12 consultas por turno; 11 meses por ano e 4,2857 semanas por mês.

A Tabela 10 apresenta os dados relativos à necessidade de consultas especializadas com base na Port. GM/MS nº 1.101/02 e a oferta com base no CNES/DATATASUS.

TABELA 10: MACAÉ, OFERTA E NECESSIDADE DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, 2007

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	NECESSIDADE ESTIMADA		OFERTA		DIFERENÇA ENTRE NECESSIDADE E OFERTA	
	N	%	N	%	N	%
Traumato-ortopedia	14.593	13,0	2.263	1,3	-12.330	11,8
Oftalmologia	14.089	12,6	15.274	8,5	1.185	4,1
Cir. Geral	11.573	10,3	13.011	7,2	1.438	3,1
Psiquiatria	11.070	9,9	2.829	1,6	-8.242	8,3
Cardiologia	10.064	9,0	9.051	5,0	-1.013	4,0
Otorrinolaringologia	7.548	6,7	8.203	4,5	655	2,2
Medicina física	6.038	5,4	-	-	-6.038	5,4
Neurologia	6.038	5,4	2.263	1,3	-3.775	4,1
Dermatologia	5.535	4,9	16.971	9,4	11.436	-4,5
Tisiopneumologia	5.032	4,5	-	-	-5.032	4,5
Urologia	4.529	4,0	1.697	0,9	-2.832	3,1
Gastroenterologia	3.522	3,1	1.697	0,9	-1.825	2,2
Outros	2.516	2,2	72.694	40,2	70.178	-38,0
Endocrinologia	2.013	1,8	16.123	8,9	14.110	-7,1
Reumatologia	2.013	1,8	2.829	1,6	816	0,2
Oncologia	1.510	1,3	-	-	-1.510	1,3
Alergologia	1.006	0,9	6.223	3,4	5.216	-2,5
Angiologia	1.006	0,9	-	-	-1.006	0,9
Proctologia	1.006	0,9	2.829	1,6	1.822	-0,7
Hematologia	503	0,4	-	-	-503	0,4
Nefrologia	503	0,4	6.789	3,8	6.285	-3,3
Neurocirurgia	503	0,4	-	-	-503	0,4
Total	112.213	100,0	180.745	100,0	68.533	0,0

Fonte: Elaboração própria, a partir da estimativa das necessidades com base nos parâmetros da Port. GM/MS nº 1.101/02 e da oferta com base no CNES/DATATASUS.

Como se pode ver há uma oferta geral maior do que as necessidades (diferença de 68,5 mil consultas a mais). Em relação às especialidades relacionadas com as cirurgias de interesse de estudo, observa-se que: há um aparente excesso de oferta para as especialidades de Cirurgia Geral (1.438) e Dermatologia (11.436) e déficit para Gastroenterologia (- 1.825), Oncologia (- 1.510) e Urologia (- 2.832).

4.5 COMPARAÇÃO ENTRE OFERTA E NECESSIDADES DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS CORRIGIDA PELA MORBIDADE HOSPITALAR

A tabela 11, abaixo, apresenta os principais resultados alcançados pela pesquisa, demonstrando relações de causa e consequência entre a oferta de consultas no setor secundário e a morbidade hospitalar.

TABELA 11: MACAÉ, CONFRONTAÇÃO ENTRE OFERTA E NECESSIDADES DE CONSULTAS E A MORBIDADE HOSPITALAR, 2007.

ESPECIALIDADES MÉDICAS	CAPÍTULOS CORRESP. DO CID-10	CONSULTAS ESPECIALIZADAS			(D) MORBID. HOSPIT. %	DIFERENÇA D - A	DIFERENÇA C - D
		(A) OFERTA %	(B) OFERTA X NECES. %	(C) NECES. %			
Cir. Geral	XI e XX	7,2	12,4	10,3	10,6	3,4	0,3
Dermatologia	XII	9,4	206,6	4,9	2,8	(6,6)	-2,2
Urologia	XIV	0,9	(62,5)	4,0	2,4	1,4	-1,7
Gastroenterologia	XI	0,9	(51,8)	3,1	1,6	0,6	-1,6
Oncologia	II	-	(100,0)	1,3	1,0	1,0	-0,4

Fonte: Elaboração própria, com base: nas estimativas de necessidades (Port. GM/MS nº 1.101/02: oferta de consultas (CNES/DATASUS); e na morbidade hospitalar (SIH/DATASUS).

Como se pode ver, em relação às especialidades que correspondem às cirurgias de interesse deste Estudo, os dados mostram que, de acordo com os parâmetros genéricos do Ministério da Saúde, há um excesso de oferta para: Cirurgia Geral (1.438 consultas) e Dermatologia (11.436 consultas); e há déficit de consultas para: Gastroenterologia (1.825 consultas); Urologia (2.832 consultas). É importante enfatizar que as duas especialidades para as quais há maior déficit de consultas (Gastroenterologia e Urologia) correspondem aos procedimentos que tem maior ocorrência de cirurgias, como se viu no item 4.2, correspondendo a mais de 80% das cirurgias. Pode-se dizer desta forma, que a má oferta de consultas pelo nível secundário de atenção tem relação com a freqüência relativamente elevada de cirurgias de urgência para patologias cujo tratamento pode ser feito em caráter eletivo, com menor sofrimento para os pacientes, menor custo para o Sistema e menor distúrbio da organização das atividades de urgência/emergência no SUS de Macaé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível considerar que nesta Dissertação o objetivo geral foi atingido, sendo inicialmente contemplado através da identificação da ocorrência e o levantamento da incidência dos procedimentos cirúrgicos realizados em caráter de emergência e/ou urgência no HPM, através da pesquisa no livro de Registro de Pacientes do Centro Cirúrgico; os quais foram descritos juntamente com as patologias causadoras nos itens 2.4.2 e 3.3.1 e demonstrados na tabela 6 (p. 61). Estes dados contribuíram para a percepção e o entendimento de que estas patologias, pelas suas características clínicas, já ocorriam nos pacientes previamente, e o quadro que motivou a realização do ato cirúrgico, correspondeu a agudização, isto é, a complicação evolutiva do processo patológico.

Com o desenvolvimento da pesquisa e a coleta de dados referentes ao nível secundário de atenção à saúde, foi possível ter mais embasamento para associar a integração entre o nível secundário e terciário, como um fator coadjuvante na situação analisada e de interesse desse estudo, tornando com isto, o objetivo geral completo. Esta relação será explicitada de forma mais objetiva adiante, neste mesmo item, quando eu fizer menção às conclusões.

Os objetivos específicos também podem ser tidos como atingidos e serão mencionados a seguir separadamente:

O primeiro objetivo específico que visava identificar e dimensionar os procedimentos cirúrgicos, relacionados com patologias que deveriam ser tratadas de forma eletiva e que, por agudizarem, acabaram sendo tratadas em regime de urgência ou emergência, foi desenvolvido e executado quando foi feito o levantamento dos procedimentos cirúrgicos, através de pesquisa no livro de Registro de Cirurgias, com posterior compilação dos dados e criação de quadros e tabelas, nas quais se demonstram a incidência dos mesmos e a correlação com as patologias geradoras dos agravos, isto é, as etiologias, que nestes casos permitiriam uma abordagem eletiva e acabaram sendo resolvidas com cirurgias emergenciais. Estes dados podem ser vistos nas páginas: 47; 50; 51; 60; 61 e 67.

O segundo objetivo específico; propunha analisar a probabilidade de haver alguma relação entre os atos cirúrgicos emergenciais selecionados, oriundos de patologias que pelas características clínicas seriam passíveis de tratamento cirúrgico

eletivo e a oferta de consultas médicas especializadas (nível secundário da atenção à saúde do SUS de Macaé-RJ) relacionadas com a etiopatogenia das doenças abordadas no estudo. Para tal, pesquisei e utilizei dados do site do DATASUS, referentes à: produção de consultas médicas realizadas pelas unidades secundárias (CNES); dados de morbidade hospitalar do município (SIH) e cadastro de profissionais atuantes na rede SUS de Macaé. Além destas ferramentas de pesquisa, também foram utilizadas: CID, Tabela CBHPM, Portaria GM/MS nº 1.101/2002, IBGE, etc. Estes dados foram inseridos em quadros e tabelas, propiciando o cruzamento e comparação das informações, para que raciocínios fossem desenvolvidos e favorecessem o estudo do cenário da saúde do município de Macaé.

Utilizou-se o método Delphi para validar a seleção dos procedimentos cirúrgicos, como também validar associações feitas entre estes procedimentos com as especialidades médicas, e procedimentos com as causas de internação. Cabe a ressalva, de que não foi realizado o 2º round do método, pois houve quase uma unanimidade de concordância dos participantes, quanto as respostas do 1º questionário.

Constatou-se no Estudo que mesmo o município de Macaé recebendo uma quantidade considerável de pacientes oriundos de cidades vizinhas, funcionando na prática como pólo de referência para atenção à saúde; no período considerado para análise, houve um número maior de internações de indivíduos residentes no próprio município.

Evidenciou-se que pelo menos que dois grupos da CID-10, que abrangiam doenças que foram responsáveis pela maior ocorrência de internações hospitalares em Macaé no período estudado, mantinham relação com alguns dos procedimentos cirúrgicos selecionados, portanto, respaldaram também a escolha dos mesmos.

Após a análise dos dados obtidos e o cruzamento destes, constatou-se que há um excesso de consultas no nível secundário para a especialidade de Cirurgia Geral, porém há um déficit nas especialidades de Gastroenterologia e Urologia, em relação ao que é preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.101/02. No levantamento das cirurgias apareceram a colecistectomia, herniorrafia, prostatectomia e postectomia como os procedimentos detentores de maior ocorrência, sendo estes correlacionados direta ou indiretamente com as especialidades médicas

mencionadas anteriormente. Estes achados favorecem a conclusão de que o funcionamento do nível secundário de assistência à saúde causa impactos no nível terciário (hospitalar), que no caso específico desta Dissertação, o que foi observado foi uma consequência negativa, isto é, agravamento de doenças que podiam ter seu curso evolutivo diferente, se diagnósticos precoces fossem realizados e medidas curativas fossem instituídas em tempo estratégico.

Como entendimento final, esta Dissertação conseguiu demonstrar por um enfoque de análise, a importância da organização e integração entre os níveis de assistência à saúde, o que além de otimizar, melhorar a qualidade da assistência, minimizar os custos financeiros para o sistema de saúde, diminuir impactos sociais, promover a saúde, torna o usuário mais satisfeito e cooperativo com esse sistema de saúde que lhe é oferecido.

É preciso que estas idéias estejam sempre presentes nos planos de metas elaborados pelos gestores de sistemas de saúde.

Acredito que a análise realizada por esta Dissertação contribua para a melhora da qualidade da assistência à saúde prestada pelo município de Macaé-RJ e para outras cidades, pois as situações identificadas, analisadas e descritas, são factíveis de estarem já acontecendo ou virem a acontecer, de forma igual ou similar em outros locais.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.M. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 2 ed., p. 728, 1981.

ALVIM, L. T.. **Federalismo, descentralização e política de saúde**. Revista do Legislativo, p. 51, jan-mar 1999.

ANDRADE, L. O. M.. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, p. 277, 2001.

ARIA, F.O.; JEROME, P.R. **Cirurgia Urológica**. SABISTON TRATADO DE CIRURGIA: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 17 ed., Rio de Janeiro: ELSEVIER, p. 2283-2318, 2005.

BARDIN, L.. **Análise do conteúdo**. Parte III. Método. Porto: Edições 70, 2004.

BERLIGUER, G.. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

BICAS, H. E. A.. **Especialidades médicas e áreas de atuação**. Arq. Bras. Oftalmol. 65: 291-2, 2002.

BITTENCOURT, SA; CAMACHO, LAB; LEAL, MC. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**, 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (1): 19-30, jan, 2006.

BOTAZZO, C.. **Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada**. São Paulo: Edusc; 1999.

BRÉAL, M.. **Linguagem médica, nomes de especialidades médicas**. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/especialidades.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

CARPINTÉRO, M. C. C.. **Diretrizes para atuação do médico generalista no paidéia saúde da família de Campinas**. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas – SP, 2009. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/ou/artigo_carminha.htm>. Acesso em: 19 maio 2010.

CASTRO, A. J. B.. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública, 2006, 240p. ISBN 85-7526-203-3.

CECÍLIO, L. C. O.. **Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública, 13(3), p. 469-479, jul-set. 1997.

COTTON, P. B.; WILLIAMS, C. B.. **Fundamentos da Endoscopia Digestiva**. Cristina Flores e Helenice P. Breyer (trad.). 4 ed., Porto Alegre: ArtMed, p. 105-186, 1998.

DAWSON, B.. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines (1920)**. Washington: OPAS, 1964.

DUNCAN, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial**. 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FERNANDES, A.J. **Métodos e regras para elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos**. Coleção educação, v. 4, Porto Editora, janeiro 2002, 224p.

FERRAZ, S. T.. **Bases Conceituais de Promoção da Saúde – Brasília, OPS**. Mimeo, 1996.

FERREIRA, ABH. **Novo dicionário da Língua Portuguesa. "Aurelião"**. 3 ed., Rio de Janeiro: Editora Positiva, 2005, 630p.

FERREIRA, CSW. **Os serviços de Assistência as Urgências no município de São Paulo**: Implantação de um sistema Pré Hospitalar. 1999. 153f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de São Paulo, SP, 1999.

FRANCO; MAGALHÃES JR. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. Livro "O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano". São Paulo: Editora: Hucitec, 2003.

GIGLIO-JACQUEMOT A.. **Urgências e Emergências em Saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOTA DE VIDRO. **Hérnia**. Disponível em: <<http://gotadevidro.blogspot.com/2009/02/hernia-por-definicao-hernia-e-ruptura.html>>. Acesso em: 05 abril 2010.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, p. 225, 1979.

JUAN, JJO. **Situação Atual da Reforma Sanitária na Espanha**. In: BUSS, PM, 1995.

JULIANI, C. M. C. M; CIAMPONE, M. H. T.. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde**: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2007.

LABRA, ME. **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 153-175, 1995.

LALONDE, M. A.. **New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health ad Welfare Canada, 1974.

LEVCOVITZ, E.. **Transição x Consolidação, o dilema estratégico do SUS - Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde**. 1974 - 1996. Tese de Doutorado - Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997.

LOBATO, G.; REICHENHEIM, ME; COELI, CM. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)**: uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (3): 606-614, mar. 2008.

MAGALHÃES, AMM *et al.* **Implantação de um sistema de triagem em Unidade de Emergência**. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 9 (3): 182-187, 1989.

MARK, A. M.; RAYMOND, J. G. Hérnias. **Sabiston tratado de cirurgia**: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 17 ed., Rio de Janeiro: ELSEVIER, p. 1199-1218, 2005.

MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S.(Org.). **Regulação Médica de Urgências e de transferências Inter-Hospitalares de Pacientes Graves**. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, Brasil-França, 2000.

MASCARENHAS, M.. **Uma comparação entre os custos atuais, custos por pacote e reembolso hospitalar para o procedimento de revascularização Miocárdica**. 2007. Dissertação apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Gestão Empresarial. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2007.

MAZZÁFERO, V. E.; GIACOMINI, H.; IRIARTE, M. F.. **Salud Pública y Política**: desarrollo del abordaje de la cobertura. Buenos Aires: Atlante Argentina, 2007.

MEDICINENET.COM. **Definition of Hernia**. Disponível em: <<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3726>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, M. C L. G. *et al.* **Avaliação de dados nosológicos em prontuários ambulatoriais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X19900003000006>. Acesso em: 21 mar. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.. **Análise Diagnóstica da Política Nacional para a Redução de Acidentes e Violências**. 1 ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MISOCZKY, MC; BECH, J.. **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa/PDGSaúde, 2002.

NOVAES, HM. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde SILOS**: Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. São Paulo: 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação (relatório mundial). Brasília: OMS, 2003.

PAIM, S. J.. **Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência**. Universidade Federal da Bahia, 1994.

PERES, A. M. A. M.. **A descentralização da política de saúde no Brasil**: a municipalização é mesmo o caminho? Limites e fronteiras da Gestão Municipal da rede de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

PORTAL SÃO FRANCISCO. **Colecistite**. Colégio São Francisco, p. 2. Disponível em: <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/colecistite/colecistite-2.php>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

PORTAL SÃO FRANCISCO. **Hérnia**. Colégio São Francisco, parte 2. Disponível em: <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hernias/hernia2.php>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

RODRIGUES, PHA; SANTOS, IS. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

RODRIGUES, PHA; SERRA, CG; LUMER, S; KOURY, IV. **Relatório de visita à Zaragoza (Espanha)**. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2007.

SERRA, CG; RODRIGUES, PHA. **Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva (*on line*). Rio de Janeiro, 0753/2007 (artigo aceito para publicação).

SILVA, AL. **Cirurgia de urgência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985.

SILVA, PEMR *et al.* **Pesquisa de opinião sobre o grau de satisfação dos usuários do HC-Unicamp**. Campinas, p. 9, 2001.

_____ **Uma agenda para a saúde**. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

SMITH, D. R.. **Urologia Geral**. José Luiz Meurer(trad.); supervisão de Sérgio d'Ávila Aguinaga. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 476 – 477, 1985.

VASCONCELOS, A. C.. **Patologia geral em hipertexto**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000. Disponível em: <<http://www.icb.ufmg.br/pat/pat/old/classif.htm>>. Acesso em: 03 abril 2010.

VIACAVA, F. *et al.* **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 711-724, 2004.

WIKIPÉDIA. **Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Colangiopancreatografia_retr%C3%B3grada_endosc%C3%B3pica>. Acesso em: 01 abril 2010.

WIKIPÉDIA. **Postectomia**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Postectomia>>. Acesso em: 01 abril 2010.

WIKIPÉDIA. **Prostatectomia**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostatectomia>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi. **Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**: Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo, SP, v. 1, n. 12, 2º trim./2000.

DOCUMENTAIS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (RDC 50)**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 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.**

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.**

_____. Lei nº 2.362, de 07 de agosto de 2003. **Estabelece o Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva e dá outras providências.**

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

_____. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/01 (NOAS 01/01).**

_____. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 01/02 (NOAS 01/02).**

_____. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**

_____. **Redes assistenciais:** organizando a assistência e Hierarquizando Serviços. In: reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde, p. 58-59, 2002.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** equipe de referência e apoio matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1165_FL.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2007.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Atenção Integral às Urgências do Município de Campinas.** Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em: 19 jul. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº 1.246, artigos 24 e 35, 1988.

_____. **Estabelece regras para Prontos Socorros Públicos e Privados.** Resolução: 1.451/95, de 10 de março de 1995.

CREMERJ, **Resolução nº 100, 1996.** Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da População 2007.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 27 nov. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas das Populações Residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os Municípios.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 25 maio 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ. **Unidades de Saúde.** Postos de Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/saude/conteudo.php?idCategoria=292>>. Acesso em: 25 maio 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ. **Unidades de Saúde.** Hospitais. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/saude/conteudo.php?idCategoria=292&idSub=292&idConteudo=295>>. Acesso em: 25 maio 2010.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização**. julho 2001.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. SESDEC/RJ. **Internações AIH 1e5 por Capítulo da CID-10**, segundo município residência. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cgi/rmmac98.def>>. Acesso em: 09 out. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: CÁLCULO DA OFERTA DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES EM MACAÉ

Estimativa da oferta de consultas especializadas do Centro de Especialidades Moacyr Santos

Consultas Médicas Especializadas	Total de horas						Total de horas semanais	Estimativa de consultas semanais	Estimativa de consultas por ano	
	08	10	12	16	20	24				30
Alergologia						1	24	72	3.394	
Cardiologia			2				24	72	3.394	
Cir. Geral					3		60	180	8.486	
Dermatologia						3	72	216	10.183	
Angiologia							0	0	-	
Endocrinologia	1		1		2	1	1	114	342	16.123
Gastroenterologia			1				12	36	1.697	
Hematologia							0	0	-	
Medicina física							0	0	-	
Nefrologia					1		20	60	2.829	
Neurocirurgia							0	0	-	
Neurologia	2						16	48	2.263	
Oftalmologia			2		3	1	108	324	15.274	
Oncologia							0	0	-	
Otorrinolaringologia		1	2			1	58	174	8.203	
Proctologia	1		1				20	60	2.829	
Psiquiatria							0	0	-	
Reumatologia		2					20	60	2.829	
Tisiopneumologia							0	0	-	
Traumato-ortopedia				1			16	48	2.263	
Urologia			1				12	36	1.697	
Outros	1		1		6		140	420	19.800	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES/DATASUS, 2010.

Estimativa da oferta de consultas especializadas do Centro de Saúde Jorge Caldas

Consultas Médicas Especializadas	Número de horas									Total de horas	Estimativa de consultas semanais	Estimativa de consultas por ano
	05	08	10	12	16	20	24	30	40			
Alergologia						1				20	60	2.829
Cardiologia		1		1		1				40	120	5.657
Cir. Geral		1		2						32	96	4.526
Dermatologia		1				2				48	144	6.789
Angiologia										0	0	-
Endocrinologia										0	0	-
Gastroenterologia										0	0	-
Hematologia										0	0	-
Medicina física										0	0	-
Nefrologia		1				1				28	84	3.960
Neurocirurgia										0	0	-
Neurologia										0	0	-
Oftalmologia										0	0	-
Oncologia										0	0	-
Otorrinolaringologia										0	0	-
Proctologia										0	0	-
Psiquiatria						1				20	60	2.829
Reumatologia										0	0	-
Tisiopneumologia										0	0	-
Traumato-ortopedia										0	0	-
Urologia										0	0	-
Outros	2	7	2	9		7			1	374	1122	52.894

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES/DATASUS, 2010.

APÊNDICE 2: ESTUDO DELPHI

1. Correspondência entre alguns procedimentos cirúrgicos e especialidades médicas

Favor marcar com um X nas colunas C e D sua concordância ou discordância

A	B	C	D
Cirurg de interesse + freqüentes	Especialidades	Concordo	Discordo
Colecistectomia	Cir Geral		
Hernioplastia e/ou Herniorrafia	Cir Geral		
Prostatectomia	Urologia		
Postectomia (Fimose)	Urologia		
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica	Gastroenterologista/ Endoscopista		
Exerese de granuloma	Cir Geral		

2. Relação entre algumas das principais causas de internação e as cirurgias de interesse de estudo

Correlacione os números das cirurgias de interesse de estudo (destacadas abaixo) com os capítulos da CID 10 ao lado, utilize a coluna B, caso ache necessário associar a cirurgia de interesse a mais de um Cap. CID-10.

Cap. CID 10		Relação com cirurgias de interesse do estudo	
		A	B
Cap I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Cap II	Neoplasias (Tumores)		
Cap III	Doenças Sangue Órgãos hemat e Transt Imunitár		
Cap IV	Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas		
Cap V	Transtornos Mentais e Comportamentais		
Cap VI	Doenças do Sistema Nervoso		
Cap VII	Doenças do Olho e Anexos		
Cap VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide		
Cap IX	Doenças do Aparelho Circulatório		
Cap XI	Doenças do Aparelho Digestivo		
Cap XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo		
Cap XIII	Doenças Sist Osteomuscular e Tec Conjuntivo		
Cap XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário		
Cap XVI	Algumas Afec originadas no Período Perinatal		
Cap XVII	Malf Cong Deformid e Anomalias Cromossômicas		
Cap XVIII	Sint Sinais e Achad Anorm Ex Clín e Laborat		
Cap XIX	Lesões Enven e Alg Out Conseq Causas Externas		
Cap XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade		

Cirurgias de interesse do estudo

1	Colecistectomia
2	Hernioplastia e/ou Herniorrafia
3	Prostatectomia
4	Postectomia (Fimose)
5	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
6	Exerese de granuloma

APÊNDICE 3: MORBIDADE HOSPITALAR TOTAL EM MACAÉ, 2004-2007

Cap. CID 10	2004	2005	2006	2007	Média		
	N	N	N	N	N	%	% acum.
Cap XV	1.422	800	613	944	944,8	18,0	18,0
Cap X	887	733	687	865	793,0	15,1	33,2
Cap II	690	412	432	694	557,0	10,6	43,8
Cap XIX	668	289	368	585	477,5	9,1	52,9
Cap XI	320	370	488	691	467,3	8,9	61,8
Cap XIV	658	314	319	509	450,0	8,6	70,4
Cap IX	415	361	409	497	420,5	8,0	78,5
Cap I	459	321	309	344	358,3	6,8	85,3
Cap XII	106	114	195	166	145,3	2,8	88,1
Cap XIII	137	127	114	124	125,5	2,4	90,5
Cap IV	132	124	112	128	124,0	2,4	92,8
Cap VI	112	74	76	66	82,0	1,6	94,4
Cap VII	89	45	48	57	59,8	1,1	95,5
Cap III	74	51	57	45	56,8	1,1	96,6
Cap XVIII	36	30	43	106	53,8	1,0	97,7
Cap XVI	3	39	71	95	52,0	1,0	98,6
Cap XVII	23	21	54	40	34,5	0,7	99,3
Cap VIII	25	17	16	16	18,5	0,4	99,7
Cap XXI	30	21	0	12	15,8	0,3	100,0
Cap V	2	1	2	3	2,0	0,0	-
Cap XX				1	0,3	0,0	-
Total	6.288	4.264	4.413	5.988	5.238,3	100,0	-

Fonte: SESDEC, Tabnet, acesso em 20/11/09.

APÊNDICE 4: COMPARAÇÃO ENTRE A OFERTA E NECESSIDADE DE CONSULTAS

De acordo com a Port. GM/MS nº 1.101/02 e a morbidade hospitalar, 2004-2007

Especialidades Médicas	Capítulos correspondentes do CID-10	Necessidade de consultas pela Port. GM/MS n. 1.101/02			(D) Morbid. Hospit. %	Diferença D - A	Diferença C - D
		(A) Oferta %	(B) Oferta x neces. %	(C) Neces. %			
Traumato-ortopedia	XIII, XIX e XX	1,3	(84,5)	13,0	18,0	16,8	5,0
Oftalmologia	VII	8,5	8,4	12,6	15,1	6,7	2,6
Cir. Geral	XI e XX	7,2	12,4	10,3	10,6	3,4	0,3
Psiquiatria	V	1,6	(74,4)	9,9	9,1	7,6	-0,7
Cardiologia	IX	5,0	(10,1)	9,0	8,9	3,9	-0,0
Otorrinolaringologia	VIII	4,5	8,7	6,7	8,6	4,1	1,9
Medicina física		-	(100,0)	5,4	8,0	8,0	2,6
Neurologia	VI e XX	1,3	(62,5)	5,4	6,8	5,6	1,5
Dermatologia	XII	9,4	206,6	4,9	2,8	(6,6)	-2,2
Tisiopneumologia	X	-	(100,0)	4,5	2,4	2,4	-2,1
Urologia	XIV	0,9	(62,5)	4,0	2,4	1,4	-1,7
Gastroenterologia	XI	0,9	(51,8)	3,1	1,6	0,6	-1,6
Outros		40,2	2.789,3	2,2	1,1	(39,1)	-1,1
Endocrinologia	IV	8,9	701,0	1,8	1,1	(7,8)	-0,7
Reumatologia	XIII	1,6	40,5	1,8	1,0	(0,5)	-0,8
Oncologia	II	-	(100,0)	1,3	1,0	1,0	-0,4
Alergologia	III	3,4	518,3	0,9	0,7	(2,8)	-0,2
Angiologia	IX	-	(100,0)	0,9	0,4	0,4	-0,5
Proctologia	XI	1,6	181,1	0,9	0,3	(1,3)	-0,6
Hematologia	III	-	(100,0)	0,4	0,0	0,0	-0,4
Nefrologia	XIV	3,8	1.249,1	0,4	0,0	(3,8)	-0,4
Neurocirurgia	VI	-	(100,0)	0,4		-	